Informe de Evento Salud Materno Infantil, Colombia años 2021- 2025

Secretaria de Salud de Bogotá

2026

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán

Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Vermont Galavis

Subsecretaria de Salud Pública
Julián Alfredo Fernández Niño

Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectivas
María Belén Jaimes Sanabria

Sub Directora de Vigilancia en Salud Publica
Diana Marcela Walteros Acero

Coordinación General del Documento

Diana Marcela Walteros Acero
Sub Directora de Vigilancia en Salud Publica

Jennifer Carolina García Sarmiento
Luz Mary Velandia
Martha Patricia Lopez
Revisión técnica
Subdirección de Vigilancia en Salud Publica

Equipo de Trabajo

Gestión de la Información
- Rubén Darío Rodríguez Camargo

Grupo SIVIGILA
- Andrea Jimena Rodríguez Prieto
- Diana Azucena Guerrero Barreto
- Yeimi Roció Rativa Morales

Grupo de Enfermedades Trasmisibles
- Claudia Patricia Beltrán Beltrán
- Karen Lisset Jiménez Rodríguez
- Sandra Milena Mancera González
- Jeison Steven Lozano Oyuela
- Eliana Milena Sabogal Rodríguez
- Martha Patricia Padilla Velasco
- Stefani Katiuska Flórez Trujillo
- Fabian Rodríguez Gómez
- Angelica, Fonseca Ávila
- Jenny Sánchez Madrigal

Grupo de Enfermedades no Transmisibles
- Karen Liliana Castiblanco Martínez
- María Alejandra Cabrera Polania
- Adriana Paola Ulloa Virgüez

Grupo de Salud Mental
- Henry, Alejo Alejo
- Jaher Antonio Rodríguez Gómez
- Johana Liceth Cortes Romero

Grupo de Urgencias y Emergencias
- Nelly Yaneth Rueda Cortes

- Jenny Alicia Mora Rozo
- Jully Carolina Olivares González

Grupo Alimentario y Nutricional

- Dary Giselle Ruiz Rojas
- Deicy Andrea Rozo Villamil
- Víctor Andrés Ardila Palacios
- Sandra Cilena Montoya Arboleda

Grupo de Salud Materno Infantil

- Diana Carolina Franco Pulido
- Adriana Maritza Guaca Ruiz
- Claudia Marleny Silva Botina

Grupo Zoonosis

- Andrea Camila Márquez Nossa

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivos
3. Comportamiento epidemiológico de la Mortalidad Materna
4. Comportamiento epidemiológico de la Morbilidad Materna Extrema
5. Comportamiento epidemiológico de la Mortalidad Perinatal
6. Comportamiento epidemiológico de la Defectos Congénitos
7. Discusión
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Referencias Bibliográficas

Introducción

La salud materna, perinatal y la salud sexual y reproductiva constituyen componentes esenciales para la protección de la vida y el bienestar de la población, al reflejar no solo el estado de salud de las mujeres, las personas gestantes y los recién nacidos, sino también las condiciones de acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud. A nivel mundial, la mortalidad materna y perinatal continúan siendo indicadores prioritarios para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3, orientado a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos.

De acuerdo con estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, en 2023 se registraron aproximadamente 260.000 muertes maternas en el mundo, lo que equivale a más de 700 muertes diarias, en su mayoría por causas prevenibles asociadas al embarazo, el parto y el puerperio (1). Aunque entre los años 2000 y 2023 se ha logrado una reducción cercana al 40 % en la razón de mortalidad materna a nivel global, el ritmo de disminución se ha desacelerado desde 2016, lo que pone en riesgo el cumplimiento de la meta mundial de reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos para 2030. La región presenta marcadas desigualdades entre países y subpoblaciones, con mayores riesgos en mujeres en situación de vulnerabilidad social, residentes en zonas rurales, poblaciones indígenas y migrantes. La pandemia por COVID-19 evidenció y profundizó estas brechas, ocasionando un incremento transitorio de la mortalidad materna, del cual algunos países han mostrado recuperación posterior, aunque de forma heterogénea. (2). En Colombia, la mortalidad materna ha mostrado una tendencia general a la reducción en las últimas décadas; sin embargo, continúa siendo un evento de alta prioridad en salud pública debido a su carácter prevenible y a las desigualdades territoriales y sociales que persisten. Según el Instituto Nacional de Salud (INS), la razón de mortalidad materna ha presentado fluctuaciones asociadas a determinantes estructurales, barreras de acceso y calidad de la atención (3).

En cuanto a la mortalidad infantil y neonatal, se estima que en 2022 ocurrieron 2,3 millones de muertes neonatales a nivel mundial, concentrándose casi la mitad de las muertes en menores de cinco años durante los primeros 28 días de vida. A pesar de los avances globales, el período neonatal sigue siendo el más vulnerable del ciclo vital, especialmente en contextos con limitaciones en la atención prenatal, intraparto y neonatal (4). Para la región de las Americas ha logrado avances, pero persisten desafíos asociados a la calidad de la atención del parto, la identificación temprana de riesgos, el manejo de la prematurez y la atención de malformaciones congénitas (2), las cuales se consolidan como una de las principales causas de muerte neonatal tardía y discapacidad a largo plazo. En Colombia, la mortalidad infantil y perinatal, el país ha logrado reducciones sostenidas, con una tasa de

mortalidad infantil estimada en 11 muertes por 1.000 nacidos vivos en 2024; no obstante, la mortalidad neonatal y perinatal continúa concentrando una proporción importante de las defunciones infantiles, asociadas a prematurez, asfixia, infecciones y defectos congénitos, esta última representa una causa relevante de morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población neonatal colombiana (5).

Adicionalmente, los lineamientos establecidos en la Resolución 117 de 2026, la Circular 010 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social y la Resolución 943 de 2025 de la Secretaría Distrital de Salud han fortalecido el marco técnico y operativo para la vigilancia de los eventos maternos y perinatales, así como para la implementación de nuevos tamizajes maternos y neonatales. Estas disposiciones representan avances significativos en la detección temprana de riesgos y el seguimiento integral de los casos, pero también plantean retos asociados al fortalecimiento de la capacidad diagnóstica, la oportunidad en la notificación y la articulación entre los diferentes niveles de atención.

En este contexto, el presente informe describe el comportamiento de los principales eventos relacionados con la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva durante el año 2025 en el Distrito Capital, identificando tendencias, avances y desafíos, con el propósito de orientar la toma de decisiones y fortalecer las acciones dirigidas a la reducción de riesgos, la prevención de complicaciones y la mejora continua de la calidad de la atención.

Objetivo general

Analizar el comportamiento de los principales eventos relacionados con la salud materna, perinatal y la salud sexual y reproductiva durante los últimos 5 años en el Distrito Capital, con el fin de identificar tendencias, avances y desafíos que orienten la toma de decisiones, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la mejora continua de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Objetivos específicos

- Describir el comportamiento de la mortalidad materna, la mortalidad perinatal, morbilidad materna extrema y defectos congénitos en el Distrito Capital durante el periodo 2021 - 2025, a partir de la información consolidada de los sistemas de vigilancia en salud pública, identificando tendencias temporales y principales características epidemiológicas.
- Analizar la ocurrencia de la morbilidad materna extrema como causa de la mortalidad materna, así como, los defectos congénitos como causa de morbilidad y mortalidad perinatal, considerando su distribución, factores asociados y su relación con la transición epidemiológica y la implementación de acciones de tamizaje materno y neonatal.

- Identificar los principales avances y brechas en la oportunidad, calidad y articulación de la atención materna y neonatal, en el marco de los lineamientos normativos vigentes, con el propósito de orientar acciones de prevención, detección temprana, seguimiento y control que contribuyan a la reducción de riesgos y desenlaces adversos.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, orientado al análisis de información secundaria proveniente de los sistemas oficiales de vigilancia en salud pública y de los registros vitales, a partir de variables clínicas definidas en los criterios de caso y variables sociodemográficas. La población de estudio incluyó la totalidad de los casos notificados y validados correspondientes a mujeres gestantes y recién nacidos residentes en el Distrito Capital durante el periodo de análisis; no se realizó muestreo, dado que se trabajó con una cobertura poblacional completa.

La información fue obtenida del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), específicamente de los eventos de mortalidad materna (código 550), morbilidad materna extrema (549), mortalidad perinatal y neonatal tardía (560) y defectos congénitos (215), así como del Registro Único de Afiliados y Vitales (RUAF), en sus componentes de nacimientos y defunciones. Estas fuentes recopilan la información notificada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), conforme a lo establecido en los lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud (6,7,8).

Con el fin de garantizar la calidad de la información, se adelantó un proceso sistemático de verificación, validación y depuración de los registros, que incluyó la identificación y corrección de inconsistencias temporales y geográficas, la detección y eliminación de registros duplicados, la validación de variables clave como edad, clasificación del caso y desenlace, así como la revisión de registros incompletos. Dicho proceso se desarrolló aplicando los criterios técnicos de inclusión y exclusión definidos en los protocolos nacionales de vigilancia (6), de acuerdo con las particularidades de cada evento.

Posteriormente, los datos depurados fueron organizados de manera estructurada para facilitar el análisis comparativo e interpretativo de los eventos, considerando variables cualitativas nominales como la clasificación del caso, la causa básica de defunción y el régimen de afiliación al sistema de salud; variables cualitativas ordinales relacionadas con la clasificación del riesgo; variables cuantitativas discretas como el número de casos y defunciones; y variables cuantitativas continuas, entre ellas la edad materna, la edad perinatal, la edad gestacional y el peso al nacer.

La información validada fue consolidada en bases de datos específicas para cada evento, lo que permitió realizar análisis por periodo epidemiológico, territorio, características poblacionales y determinantes relevantes. El procesamiento de los datos garantizó la trazabilidad de los registros y la replicabilidad de los análisis. Este proceso se desarrolló de manera articulada con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, mediante el trabajo conjunto con los líderes del componente de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil (SSR-SMI), quienes brindaron acompañamiento permanente a las UPGD en la identificación de casos y en el fortalecimiento de los procesos de notificación y seguimiento.

Para la identificación y el análisis de datos atípicos se utilizó el canal endémico construido mediante el modelo del Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), aplicado a los eventos de morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal y defectos congénitos. Este método permitió comparar los casos observados con el comportamiento histórico esperado, identificar incrementos inusuales y orientar la interpretación epidemiológica de los resultados, sin excluir los registros, fortaleciendo así la detección temprana de alertas en vigilancia en salud pública.

El análisis incluyó el cálculo de indicadores como la razón de mortalidad materna, las tasas de mortalidad perinatal y neonatal, las proporciones de morbilidad materna extrema y la prevalencia de defectos congénitos. El seguimiento continuo de estos eventos hace parte de las estrategias del componente de Vigilancia en Salud Pública y permite evaluar el impacto de las intervenciones implementadas tanto en el sector público como en el privado. Las acciones desarrolladas comprendieron actividades de asistencia técnica, fortalecimiento de los procesos de notificación y seguimiento, y participación en espacios de articulación intersectorial, en concordancia con los lineamientos y herramientas definidos por el Instituto Nacional de Salud.

Este enfoque integral contribuyó no solo a mejorar la calidad y oportunidad de la información disponible, sino también a identificar oportunidades de mejora orientadas a la promoción de prácticas seguras durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal, así como al fortalecimiento de la toma de decisiones en salud pública.

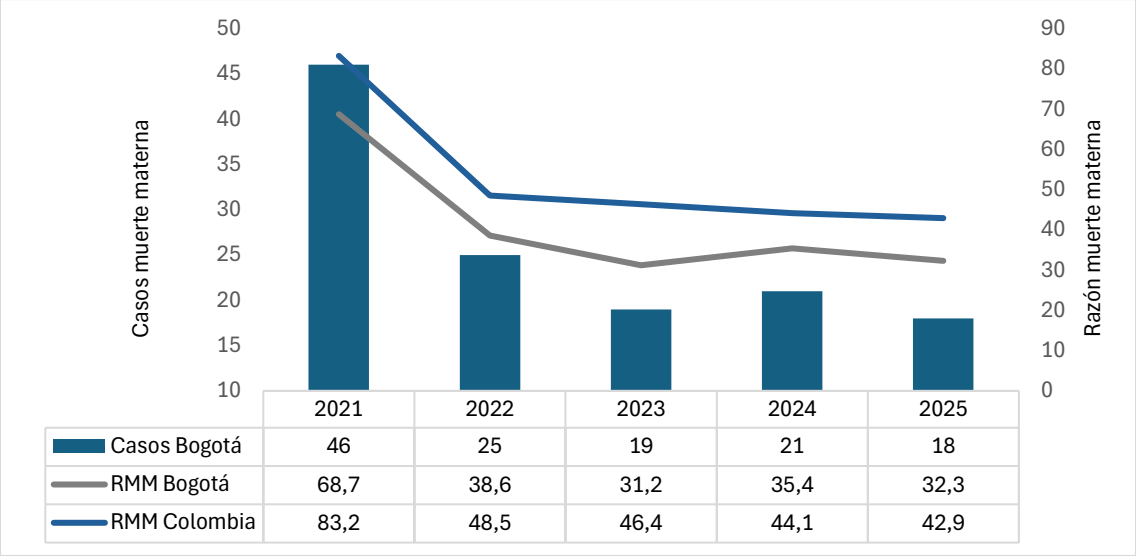
Resultados

1.COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD MATERNA

La Mortalidad Materna es monitoreada a través del indicador de Razón de Mortalidad Materna RMM que describe el número de casos de muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y los 42 días siguientes, ocurridas en el periodo / nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo.

Tendencia De La Mortalidad Materna

Figura 1.
Tendencia de la Mortalidad Materna. Bogotá D.C - Colombia. 2021 – 2025p.



	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Bogotá	46	25	19	21	18
RMM Bogotá	68,7	38,6	31,2	35,4	32,3
RMM Colombia	83,2	48,5	46,4	44,1	42,9

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025..

En Bogotá, durante los últimos años, se ha presentado un comportamiento fluctuante. Para el año 2021, se observó un comportamiento inusual en el indicador de RMM en la ciudad, mostrando una tendencia al aumento dado por la pandemia, este mismo, fue el que registró mayor número de muertes maternas en la ciudad llegando a 46 casos, lo que representa una razón de muertes maternas de 68.7 por 100.000 nacidos vivos. Se destaca que el 68% fueron muertes indirectas, el 39% de las muertes se dieron por COVID-19 y 19.5% ocurrió en población migrante.

El comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en Bogotá, D. C., durante 2025 registró el menor número de muertes maternas del periodo analizado en el Distrito (n = 18), con una razón de mortalidad materna (RMM) preliminar de 32,3 por 100.000 nacidos vivos, según RUAF–SIVIGILA *(Cabe resaltar que estos datos son preliminares y existen diferencias en la concordancia de casos entre las fuentes de información correspondientes a las defunciones diligenciadas por Medicina Legal).* Este resultado es inferior al observado en 2024 (datos finales), cuando se registró una RMM de 37,1 por 100.000 nacidos vivos con 21 casos, y también se sitúa por debajo de la RMM nacional, que en el último año fue de 42,9 por 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento sugiere una mejora sostenida en la atención materna y proyecta un avance favorable hacia el cumplimiento de la meta distrital prevista para 2027 (RMM de 27,5), reflejando el impacto positivo de las intervenciones implementadas por el sistema de salud, particularmente la intensificación de las acciones de fortalecimiento técnico a los prestadores de servicios de salud y a las EPS, el seguimiento continuo a la adherencia a guías y protocolos de manejo, y el análisis y retroalimentación permanente del comportamiento epidemiológico del evento.

Casos y razón de mortalidad materna

Tabla 1.
Casos y razón de mortalidad materna por localidad de residencia Bogotá D.C Año 2021 – 2025p.

Localidad	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
01. Usaquén	0	0,0	2	47,7	1	25,2	1	26,0	0	0,0
02. Chapinero	0	0,0	1	83,3	1	84,0	2	171,8	1	88,6
03. Santa fe	0	0,0	0	0,0		0,0	1	102,2	0	0,0
04. San Cristóbal	2	55,7	3	91,6		0,0	3	104,3	2	74,1
05. Usme	3	78,7	1	28,1		0,0	0	0,0	1	34,7
06. Tunjuelito	1	57,9	0	0,0	1	69,8	0	0,0	1	77,4
07. Bosa	6	84,8	0	0,0	1	16,2	1	17,4	2	35,6
08. Kennedy	8	87,1	6	66,6	2	24,0	0	0,0	3	38,2
09. Fontibón	1	37,1	1	36,6		0,0	2	78,8	2	74,9
10. Engativá	3	53,4	1	17,5	1	17,4	2	38,8	3	58,3
11. Suba	6	62,8	3	31,6	3	32,9	0	0,0	2	24,2
12. Barrios Unidos	3	308,6	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
13. Teusaquillo	1	122,1	1	104,9	1	113,0	0	0,0	0	0,0
14. Los Mártires	2	192,5	0	0,0	1	107,8	1	114,7	0	0,0
15. Antonio Nariño	0	0,0	1	134,6	1	140,3	0	0,0	0	0,0
16. Puente Aranda	2	104,9	1	55,2		0,0	0	0,0	0	0,0
17. Candelaria	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
18. Rafael Uribe	1	27,6	1	28,6		0,0	1	34,3	1	34,8
19. Ciudad Bolívar	7	91,8	3	43,2	5	78,3	6	100,5	0	0,0
20. Sumapaz	0	0,0	0	0,0		0,0	0	0,0	0	0,0
Sin dato de localidad	0	0,0	0	0,0	1	7692,3	1	100000,0	0	0,0
Distrito	**46**	**68,7**	**25**	**38,6**	**19**	**31,2**	**21**	**37,1**	**18**	**32,3**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025p.

El análisis de la mortalidad materna según la localidad de residencia evidencia razones de mortalidad materna (RMM) más elevadas en territorios con bajo número de nacidos vivos y pocos casos, como Teusaquillo, Los Mártires, Chapinero y Santafé, donde se observan razones altas en algunos años. Chapinero con 171,8 en 2024 y Los Mártires con 192,5 en 2021). Este comportamiento se explica principalmente por el efecto del denominador reducido, lo que incrementa la RMM aun con un número bajo de casos.

Al integrar la RMM con el número de casos de mortalidad materna (MM), la mayor carga histórica de muertes se concentra en Ciudad Bolívar, Suba, Kennedy, Engativá y Bosa, destacándose Ciudad Bolívar por su recurrencia y mayor volumen, junto con la persistencia de Engativá y Bosa, mientras que Suba y Kennedy mantienen relevancia histórica pese a fluctuaciones. Para los años recientes, en 2024 la mayor concentración se presenta en Ciudad Bolívar (6 casos; RMM 100,5), seguida de Engativá (2; RMM 38,8) y Bosa (1; RMM

17,4); en 2025 se observa redistribución hacia Engativá (3; RMM 58,3), Suba (2; RMM 24,2), Fontibón (2; RMM 74,9) y San Cristóbal (2; RMM 74,1).

De acuerdo con lo anterior, Bogotá, D.C., ha logrado consolidar una capacidad técnica y operativa para el análisis integral de la mortalidad materna con enfoque territorial, fortaleciendo la articulación entre la vigilancia en salud pública, la red de prestación de servicios y el aseguramiento. Este avance ha permitido orientar de manera oportuna las acciones de gestión del riesgo, desde el modelo Mas Bienestar, contribuyendo a la reducción de muertes maternas evitables y al fortalecimiento continuo de la atención materna en el Distrito.

Mortalidad materna por grupos edad

Tabla 2

Distribución porcentual de casos de muertes maternas por grupo de edad. Bogotá D.C. 2021 – 2025p.

RANGOS DE EDAD	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%
10 a 14 años	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
15 a 19 años	2	4%	2	8%	1	5%	1	5%	2	11%
20 a 24 años	8	17%	2	8%	2	11%	3	14%	5	28%
25 a 29 años	12	26%	3	12%	5	26%	5	24%	4	22%
30 a 34 años	14	30%	8	32%	4	21%	6	29%	2	11%
Mayor de 35	10	22%	10	40%	7	37%	6	29%	5	28%
Totales	**46**	**100%**	**25**	**100%**	**19**	**100%**	**21**	**100%**	**18**	**100%**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

El análisis por edad muestra que las mujeres de 35 años y más concentraron una proporción relevante y sostenida de la mortalidad materna, con participaciones que oscilaron entre el 21 % y el 31 % de los casos anuales durante el periodo analizado. Este comportamiento evidencia el mayor riesgo obstétrico asociado a la edad materna avanzada, frecuentemente relacionado con la presencia de comorbilidades y condiciones crónicas, lo que resalta la necesidad de fortalecer la identificación temprana del riesgo, el seguimiento clínico riguroso y la atención oportuna e integral de las gestantes mayores como estrategia prioritaria para la reducción de la mortalidad materna.

Muerte materna por régimen

Tabla 3

Casos - razón de muerte materna, por régimen de seguridad social en salud. Bogotá D.C Año 2021 – 2025p.

Régimen	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Contributivo	30	64,4	14	30,7	8	19,1	11	28,2	12	30,7
Subsidiado	10	88,3	5	38,4	8	53,0	9	63,8	3	22,4
No asegurada	6	77,9	6	121,2	2	67,8	1	40,2	2	87,5
Excepción	0	0,0	0	0,0	1	96,5	0	0,0	1	96,2
Reg Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total, general	**46**	**68,7**	**25**	**38,6**	**19**	**31,2**	**21**	**37,1**	**18**	**32,3**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

La concentración de casos de mortalidad materna en los regímenes contributivo y subsidiado responde a factores estructurales y operativos diferenciados. En el régimen contributivo, la mayor carga de casos se explica, en primer lugar, por la alta proporción de gestantes vinculadas a este régimen; sin embargo, este comportamiento también evidencia retos en la gestión integral del riesgo, particularmente en mujeres con enfermedades crónicas, embarazos de alto riesgo y eventos obstétricos indirectos, donde se han identificado fallas en la oportunidad diagnóstica, la articulación entre niveles de atención y la continuidad del cuidado durante la gestación y el puerperio.

En el régimen subsidiado, aunque el número absoluto de casos es menor, la mortalidad materna se ve influenciada por condiciones de vulnerabilidad social, tales como barreras de acceso geográfico, inestabilidad en la afiliación, inicio tardío del control prenatal y dificultades en la referencia oportuna a servicios de mayor complejidad. Estas condiciones incrementan el riesgo de complicaciones no identificadas o tratadas de manera tardía, lo que se refleja en razones de mortalidad materna elevadas en algunos años.

Frente a este escenario, en Bogotá se ha venido fortaleciendo de manera progresiva la respuesta institucional, mediante el análisis permanente de la mortalidad materna con enfoque territorial y poblacional, el reforzamiento de las acciones de vigilancia epidemiológica, y el acompañamiento técnico a las EAPB y a los prestadores de servicios de salud para mejorar la identificación temprana del riesgo obstétrico, la adherencia a las Rutas Integrales de Atención Materno Perinatal y el seguimiento clínico oportuno de gestantes con mayor vulnerabilidad o comorbilidades. Estas acciones han contribuido a una mejor focalización de las intervenciones y al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema para la prevención de muertes maternas evitables.

Nacionalidad

Tabla 4.
Distribución porcentual de casos de muertes por nacionalidad migratoria. Bogotá D.C. Año 2021- 2025

Nacionalidad	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%
Colombia	37	80,4	18	72,0	17	89,5	17	81,0	16	88,9
Extranjera	9	19,6	7	28,0	2	10,5	4	19,0	2	11,1
Total general	**46**	**100%**	**25**	**100%**	**19**	**100%**	**21**	**100%**	**18**	**100%**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

Desde la vigilancia en salud pública, la mortalidad materna por nacionalidad en Bogotá D.C. durante 2021–2025 evidencia que, aunque la mayoría de los casos ocurre en mujeres colombianas (72%–89,5%), la participación sostenida de mujeres extranjeras (10,5%–28%) constituye una señal epidemiológica relevante, asociada no solo a la distribución poblacional sino también a posibles brechas en la captación temprana, el acceso y la continuidad de la atención, especialmente en población migrante; el incremento observado en 2022 (28%) refuerza la necesidad de seguimiento intensificado.

En respuesta, el Distrito ha fortalecido acciones orientadas a garantizar la atención integral de esta población, incluyendo la articulación intersectorial, la implementación de rutas diferenciales, la captación activa de gestantes y el aseguramiento de la prestación de servicios a través de convenios con las subredes, con el fin de reducir barreras de acceso y mejorar los desenlaces maternos.

Muertes Maternas, Según Clasificación

En el análisis del periodo 2021–2025 se observa una tendencia descendente en el número total de casos, pasando de 46 en 2021 a 18 en 2025, lo que podría reflejar avances en la respuesta institucional; no obstante, esta reducción no se acompaña de una mejora consistente en la calidad de la determinación de la causa, lo que limita la interpretación del comportamiento real del evento.

Tabla 5.
Distribución porcentual de casos de muertes maternas, según clasificación. Bogotá D.C Año 2024 – 2025p.

Causas Agrupadas Directas	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%	Casos de MM	%
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo	8	17%	6	24%	4	21%	5	24%	3	17%
Sepsis obstétrica	2	4%	1	4%	0	0%	3	14%	0	0%
Hemorragia obstétrica	1	2%	2	8%	2	11%	1	5%	2	11%
Evento Tromboembólico como causa básica	0	0%	4	16%	2	11%	2	10%	2	11%
Embarazo ectópico	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%
Embarazo terminado en aborto con causa directa sepsis	0	0%	0	0%	1	5%	1	5%	0	0%
Indirectas										
Otras causas indirectas	18	39%	9	36%	9	47%	7	33%	5	28%
Otras causas indirectas coronavirus	17	37%	0	0%	0	0%	1	5%	1	6%
Sepsis no obstétrica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Otras causas indirectas cáncer	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	11%
Evento tromboembólico como causa básica	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%
En estudio/No especificada	0	0%	3	12%	0	0%	0	0%	3	17%
Totales	**46**	**100%**	**25**	**100%**	**19**	**100%**	**21**	**100%**	**18**	**100%**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

Desde la clasificación, entre 2021 y 2023 predominaron las causas indirectas, alcanzando su mayor proporción en 2023 (47%), lo que sugiere una alta carga de comorbilidades y condiciones preexistentes no controladas. Para 2024 y 2025 se evidencia una disminución de estas (33% y 28%), con un desplazamiento hacia causas directas; sin embargo, este cambio debe analizarse con precaución ante el incremento de casos en estudio o no especificados, particularmente en 2025 (17%), lo que puede estar generando una subclasificación de las causas indirectas.

En relación con las causas directas, se mantiene de manera consistente el predominio de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo a lo largo de todo el periodo, con proporciones que oscilan entre 17% y 24%, consolidándose como el principal determinante. Este comportamiento es indicativo de fallas persistentes en la captación temprana del riesgo, el seguimiento clínico y la oportunidad en la intervención, aspectos críticos en la reducción de la mortalidad materna.

Adicionalmente, la reaparición en 2025 de un caso asociado a coronavirus (6%), luego de su ausencia en 2024, evidencia que, aunque el impacto agudo de la pandemia ha disminuido, persisten posibles efectos residuales que deben ser considerados dentro del análisis de causas indirectas.

De manera global, el comportamiento del evento en el quinquenio refleja una transición epidemiológica en la que, pese a la reducción de la magnitud, se mantienen brechas en la calidad de la atención y en los procesos de vigilancia, particularmente en la clasificación final de los casos. Esto resalta la necesidad de fortalecer la gestión integral del riesgo materno, la calidad del control prenatal, la articulación entre niveles de atención y el cierre oportuno y adecuado de los casos para una toma de decisiones basada en información robusta.

Momento de la muerte.

Tabla 6.
Distribución porcentual del momento de la muerte. Bogotá D.C. Año 2021- 2025p.

Momento	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos MM	%	Casos MM	%	Casos MM	%	Casos MM	%	Casos MM	%
Gestación	7	15	7	28	6	32	5	24	4	22
Puerperio inmediato (120 horas)	33	72	13	52	9	47	10	48	10	56
Puerperio (6 - 42 días)	6	13	5	20	4	21	6	29	4	22
Total	**46**	**100**	**25**	**100**	**19**	100	**21**	**100**	**18**	**100**

Fuente: 2021 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

El análisis del momento de ocurrencia de la mortalidad materna en Bogotá D.C. durante 2022–2026 evidencia un patrón consistente con la literatura internacional, donde el mayor riesgo se concentra en el puerperio inmediato (primeras 120 horas). En el periodo analizado, este momento representa la mayor proporción de casos, con valores que oscilan entre 47% y 56% en 2023–2025.

La gestación aporta entre el 22% y 33% de los casos, mientras que el puerperio tardío (6–42 días) presenta una menor participación, con tendencia variable y ausencia de casos en 2026. Este comportamiento es concordante con la evidencia que señala que la mayoría de las muertes maternas ocurren en el periodo posparto, principalmente por causas prevenibles como hemorragia, trastornos hipertensivos y sepsis, asociadas a fallas en la vigilancia, la oportunidad de la atención y el seguimiento clínico.

En respuesta a lo anterior, la secretaria Distrital de Salud, ha realizado fortalecimiento técnico y normativo en la vigilancia activa y el seguimiento clínico durante el puerperio inmediato, garantizando la adherencia a los protocolos de manejo de emergencias obstétricas, la administración y verificación del tratamiento farmacológico previo al alta hospitalaria y un egreso seguro con educación en signos de alarma y programación de controles. Asimismo, asegurar el seguimiento efectivo de las gestantes con morbilidad

materna extrema por parte de las EAPB, en el marco de la estrategia “Ángeles Guardianes”, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado, la gestión del riesgo y la reducción de desenlaces adversos.

ANÁLISIS SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTES MATERNAS TEMPRANAS RESIDENCIA BOGOTA.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Maternidad Segura es una herramienta clave para la recopilación y análisis oportuno de datos provenientes de diversas fuentes. Su funcionamiento permite que los casos de muerte materna sean reportados en tiempo real a los niveles local, distrital, departamental y nacional, garantizando una respuesta articulada. Dentro de este sistema, la metodología de unidades de análisis permite examinar a profundidad las circunstancias que rodean cada caso, identificando factores de riesgo y protección, causas clínicas y determinantes sociales que inciden en la mortalidad materna.

Durante el periodo 2025, la Secretaría Distrital de Salud convocó unidades de análisis para los casos de muerte materna temprana en mujeres residentes en Bogotá, es decir, aquellas ocurridas durante el embarazo, el parto o hasta 42 días posteriores. En los análisis se identificaron condiciones de vulnerabilidad social como bajo nivel educativo y empleo informal. A esto se sumaron falencias en el acceso y la continuidad de la atención en salud, incluyendo ausencia de consulta preconcepcional, controles prenatales insuficientes, baja inducción a la demanda y limitada información sobre riesgos maternos.

Análisis Maternidad Segura

Durante el proceso de atención, se identifican fallas en la gestión del riesgo por parte de las EAPB, así como en la detección temprana desde la IPS primaria, lo que favorece el ingreso tardío de las usuarias a los servicios de mayor complejidad. De igual manera, en las IPS complementarias se evidencian debilidades en la calidad de la atención, reflejadas en la no adherencia a guías clínicas, demoras en el manejo oportuno y limitaciones en la articulación entre los actores del sistema.

Figura 2
Maternidad Segura Mujer, Familia y Sistema de Salud Bogotá D.C. Año 2025p.



Fuente: 2025: Elaboración propia del análisis por demoras del aplicativo sivigila maternidad segura

El comportamiento de los casos de mortalidad materna tempranos analizados (n=18) pone en evidencia que las principales brechas se originan en las etapas iniciales particularmente por el incumplimiento en la demanda inducida en salud sexual y reproductiva (66,7%). Esta situación limita la captación oportuna de mujeres en edad fértil y la identificación temprana de riesgos, asociándose a debilidades en la educación en salud, la planificación familiar y la caracterización de la población.

En este contexto, el evento refleja una cadena de fallas en la continuidad de la atención, donde las deficiencias en prevención, captación y seguimiento impactan de manera directa en los desenlaces en salud materna. No obstante, se reconoce que la Secretaría Distrital de Salud viene fortaleciendo los procesos de articulación con las EAPB, las IPS primarias y complementarias y las Subredes Integradas de Servicios de Salud, mediante acciones orientadas a optimizar la gestión del riesgo, fortalecer la demanda inducida, mejorar la calidad de la atención y consolidar la coordinación entre niveles, con el fin de garantizar la oportunidad, continuidad e integralidad en la atención y contribuir a la reducción de estos eventos.

Discusión

La reducción sostenida de la razón de mortalidad materna en Bogotá entre 2021 y 2025 sugiere un proceso de recuperación posterior al impacto de la pandemia y un fortalecimiento progresivo de la respuesta institucional. Este comportamiento es consistente con la tendencia observada a nivel nacional; sin embargo, las cifras distritales se mantienen por debajo del promedio del país, lo que indica un desempeño relativamente más favorable en la gestión del riesgo materno y la atención obstétrica.

No obstante, los hallazgos confirman que la mayoría de las muertes continúan siendo prevenibles. La persistencia de causas directas como los trastornos hipertensivos del embarazo y de una proporción relevante de causas indirectas evidencia limitaciones en la identificación temprana del riesgo, el seguimiento de gestantes con comorbilidades y la continuidad del cuidado. Este patrón coincide con lo descrito en Colombia y en otros países de América Latina, donde la transición epidemiológica ha incrementado la carga de enfermedad crónica en mujeres en edad reproductiva (1,2).

Un aspecto crítico identificado es la concentración de muertes en el puerperio inmediato, lo que pone de manifiesto fallas en el egreso seguro, el seguimiento posparto y la educación en signos de alarma. La literatura internacional señala que el periodo posparto continúa siendo una de las etapas más desatendidas del continuum de la atención materna, incluso en sistemas con alta cobertura institucional del parto (1).

Desde una perspectiva comparativa, el desempeño de Bogotá frente a América Latina y el Caribe resulta favorable; sin embargo, la brecha frente a países de ingresos altos resalta la necesidad de avanzar hacia estándares más exigentes. En Europa occidental y Canadá, la RMM se mantiene generalmente por debajo de 10 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en Estados Unidos se sitúa alrededor de 22, con incrementos asociados a desigualdades sociales y raciales (2).

En concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Bogotá se mantiene por debajo del umbral global de 70 por 100.000 nacidos vivos; sin embargo, el reto actual radica en consolidar estas reducciones y avanzar hacia la meta distrital proyectada para 2027 de mantener la RMM por debajo de 27,5. Alcanzar este objetivo requiere fortalecer las acciones de prevención desde la etapa preconcepcional, reducir las brechas territoriales, y garantizar la oportunidad, calidad e integralidad de la atención materno-infantil.

Conclusión

Bogotá ha logrado una reducción sostenida de la mortalidad materna durante el período analizado, evidenciando una recuperación posterior al impacto de la pandemia por COVID-19 y un desempeño más favorable frente al promedio nacional y regional. Estos avances reflejan el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el análisis sistemático de los casos y la articulación entre los actores del sistema de salud. No obstante, la persistencia de muertes maternas prevenibles, especialmente asociadas a fallas en la identificación temprana del riesgo, el manejo de comorbilidades y la atención durante el puerperio inmediato, pone de manifiesto brechas en la calidad, oportunidad e integralidad del cuidado.

Aunque el Distrito se mantiene por debajo de los umbrales establecidos por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, alcanzar estándares comparables con sistemas de salud altamente consolidados requiere fortalecer la prevención desde la etapa preconcepcional, reducir desigualdades territoriales y garantizar la continuidad del cuidado materno-infantil. Estos esfuerzos son fundamentales para avanzar hacia la eliminación de las muertes maternas evitables y la garantía efectiva de una maternidad segura.

Recomendaciones

- Fortalecer la adherencia a las guías de práctica clínica y protocolos establecidos para la atención materna, garantizando una atención estandarizada, basada en la evidencia y oportuna frente a los principales riesgos obstétricos, especialmente los trastornos hipertensivos y las patologías indirectas asociadas a comorbilidades en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y al talento humano en salud.

- Mejorar la identificación temprana y el seguimiento del riesgo durante todo el continuo de la atención, priorizando la intervención en momentos críticos. Mejorar la identificación temprana y el seguimiento continuo del riesgo materno a lo largo de todo el continuo de la atención (preconcepcional, prenatal, intraparto y puerperio), priorizando la intervención oportuna en momentos críticos como el puerperio inmediato, mediante estrategias de seguimiento activo, monitoreo del riesgo y continuidad del cuidado en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las IPS, con acompañamiento de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

- Optimizar la articulación entre los actores del sistema de salud para asegurar una atención materna continua, integral y resolutiva, reduciendo las barreras administrativas y operativas, fortaleciendo los procesos de referencia y contrarreferencia y garantizando la coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención en cabeza de la SDS, Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS), EAPB e IPS.

2. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

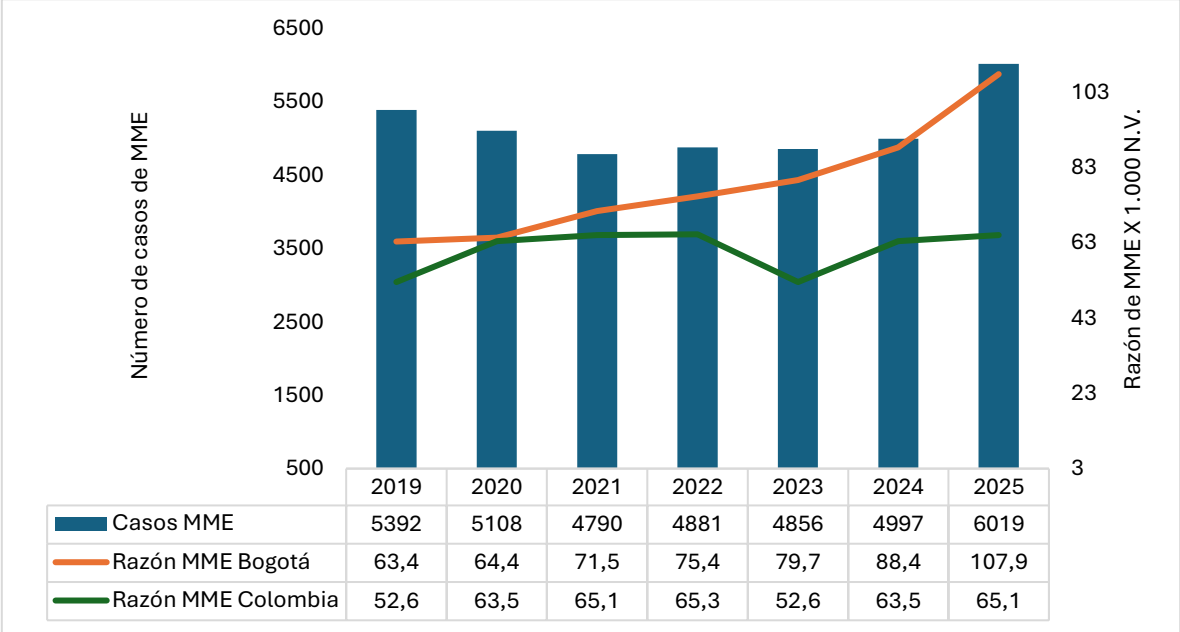
La morbilidad materna extrema (MME) es un evento de interés en salud pública que refleja la ocurrencia de complicaciones graves durante el embarazo, parto o puerperio, en las cuales la vida de la mujer estuvo en riesgo, pero sobrevivió. Este evento es considerado un trazador de la calidad de la atención en salud materna, ya que permite identificar fallas en la oportunidad, el acceso y la resolutividad de los servicios de salud (8,9).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la MME corresponde a una mujer que estuvo al borde de la muerte, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo (1). En Colombia, la vigilancia de este evento se realiza conforme a los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud, los cuales definen criterios específicos para su identificación y análisis (9).

El estudio de la MME permite evaluar la calidad de la atención obstétrica, identificar factores asociados a la ocurrencia de complicaciones graves y orientar acciones de mejora en los servicios de salud. En este sentido, su análisis constituye un insumo fundamental para la toma de decisiones en salud pública y para el fortalecimiento de las estrategias de reducción de la morbilidad y mortalidad materna (9,10).

Tendencia de la morbilidad materna extrema.

Figura 3.
Comparativa Tendencia de la Morbilidad Materna Extrema. Bogotá D.C Año 2021 – 2025



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos MME	5392	5108	4790	4881	4856	4997	6019
Razón MME Bogotá	63,4	64,4	71,5	75,4	79,7	88,4	107,9
Razón MME Colombia	52,6	63,5	65,1	65,3	52,6	63,5	65,1

Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53.

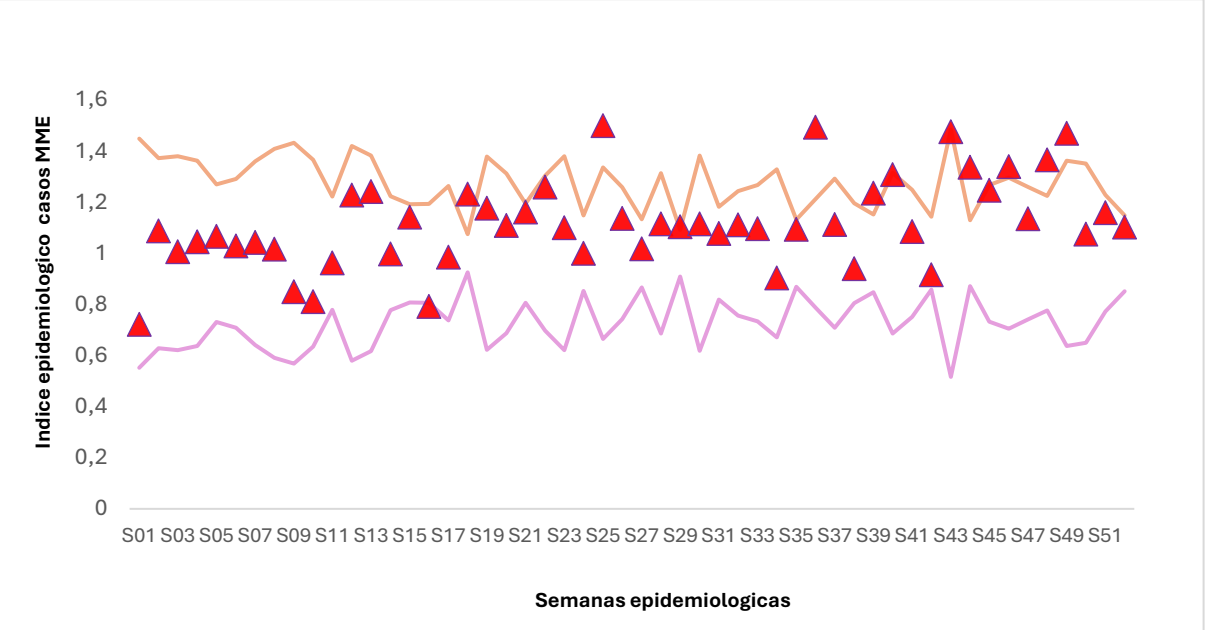
Durante 2021–2025, la Morbilidad Materna Extrema muestra un incremento en su razón de 71,5 a 107,9 por 1.000 nacidos vivos, en un contexto de disminución de nacimientos (66.988 a 55.793). Entre 2021 y 2024 los casos se mantienen estables (4790–4997), pero en 2025 aumentan a 6.019, evidenciando un cambio en el comportamiento del evento.

Este incremento debe alertar sobre posibles fallas en la gestión del riesgo, la oportunidad en la atención y los procesos de referencia y contrarreferencia, aunque también puede estar influenciado por una mejor captación.

Para 2025, la letalidad es de 0,3% (n=8), lo que refleja capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas, sin disminuir la importancia del aumento del evento. Se requiere fortalecer la vigilancia, la calidad de la atención y la articulación entre actores. La Secretaría Distrital de Salud continúa fortaleciendo los procesos de articulación con las EAPB, IPS primarias y complementarias y las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Figura 4

Canal Endémico - Morbilidad Materna Extrema Bogotá D.C – 2021- 2025



Fuente 2021 - 2025: Sivigila evento 549.

.

La gráfica del canal endémico de Morbilidad Materna Extrema (MME) en Bogotá D.C. para el periodo 2022–2025 muestra un comportamiento oscilante a lo largo de las semanas epidemiológicas, con registros que en su mayoría se ubican dentro de los límites esperados del canal, aunque con presencia de incrementos puntuales que alcanzan o superan el umbral superior, especialmente en los años más recientes.

Durante 2022 y 2023 se evidencia un patrón más estable, con menor frecuencia de picos y predominio de valores dentro del rango esperado, lo que sugiere un comportamiento controlado del evento. En contraste, para 2024 y particularmente en 2025, se observa un aumento en la variabilidad y en la ocurrencia de semanas con valores elevados, concentrados principalmente en periodos intermedios y finales del año, destacándose semanas como la 21 a 25, 33 a 37 y 45 a 49, donde se registran los mayores incrementos.

Si bien estos aumentos no configuran un comportamiento epidémico sostenido, sí representan alertas recurrentes que indican momentos de mayor carga del evento. Estas fluctuaciones pueden estar relacionadas tanto con condiciones de riesgo en la población materna como con el fortalecimiento de los procesos de detección y notificación por parte de los servicios de salud.

En respuesta a este comportamiento, la Secretaría Distrital de Salud ha fortalecido los procesos de articulación con las EAPB, IPS primarias y complementarias y las Subredes Integradas de Servicios de Salud, orientados a mejorar la vigilancia activa, la oportunidad en la atención y la calidad del análisis clínico, priorizando acciones en las semanas epidemiológicas con mayor ocurrencia del evento.

Tabla 7.
Casos y razón de morbilidad materna extrema por localidad de residencia, Bogotá D.C Año 2021 – 2025

Localidad	2021		2022		2023		2024		2025*	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
01. Usaquén	239	57,6	291	69,4	310	78,0	302	78,6	366	98,1
02. Chapinero	105	83,3	125	104,1	104	87,4	106	91,1	114	101,0
03. Santa fe	125	100,5	115	100,4	108	100,7	136	140,1	150	176,4
04. San Cristóbal	331	92,2	284	86,7	263	90,4	266	91,4	276	102,6
05. Usme	262	68,8	260	73,1	231	71,1	232	77,1	271	94,0
06. Tunjuelito	102	59,1	106	67,3	101	70,5	100	74,9	122	93,7
07. Bosa	514	72,6	478	71,4	479	77,6	467	81,2	565	100,7
08. Kennedy	740	80,5	663	73,6	671	80,5	661	83,5	898	115,0
09. Fontibón	205	76,1	171	62,6	181	68,4	200	78,8	263	98,9
10. Engativá	350	62,3	391	68,3	406	70,5	441	84,5	541	104,3
11. Suba	617	64,6	746	78,6	753	82,5	769	94,0	947	114,9
12. Barrios Unidos	56	57,6	73	72,4	73	80,0	70	79,4	108	121,2
13. Teusaquillo	58	70,8	75	78,7	65	73,4	87	111,4	99	137,5
14. Los Mártires	104	100,1	82	88,0	108	116,4	113	129,6	113	138,7
15. Antonio Nariño	68	85,9	68	91,5	64	89,8	64	103,1	77	111,8
16. Puente Aranda	125	65,6	130	71,7	141	80,9	148	91,5	204	127,6
17. Candelaria	28	156,4	35	178,6	30	181,8	34	223,7	28	217,1
18. Rafael Uribe	254	70,1	266	76,0	258	79,4	262	88,5	278	96,5
19. Ciudad Bolívar	497	65,2	518	74,6	487	76,2	504	83,9	554	94,6
20. Sumapaz	5	142,9	2	87,0	1	22,2	6	400,0	3	100,0
Sin dato de localidad	5	49,0	2	40,0	22	1692,3	29	42000,0	42	1531,3
Distrito	**4790**	**71,5**	**4881**	**75,4**	**4856**	**79,7**	**4997**	**88,4**	**6019**	**107,9**

Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

Durante el período de estudio se observa un incremento de la Morbilidad Materna Extrema, tanto en el número absoluto de casos como en su razón por nacidos vivos, siendo el año 2025 el que presenta los valores más elevados en comparación con los años previos. Si bien este comportamiento puede reflejar una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica, así como en el acceso oportuno y en la calidad de la atención obstétrica.

Cabe destacar que, durante el último trimestre de 2024, el Instituto Nacional de Salud ajustó el lineamiento técnico nacional, lo que contribuyó a fortalecer la detección y notificación de los casos. Adicionalmente, en 2025 se registró un índice de letalidad de 0,3, lo cual sugiere una adecuada capacidad de respuesta de las IPS y un manejo oportuno de las emergencias obstétricas.

La distribución territorial muestra una alta concentración de casos en Kennedy, Suba, Ciudad Bolívar y Bosa, que en conjunto aportan aproximadamente entre el 45% y 60% del total de casos. De manera individual, Kennedy y Suba contribuyen con proporciones cercanas al 12%–18% cada una, seguidas por Ciudad Bolívar y Bosa con participaciones entre el 8% y 12%, evidenciando territorios prioritarios de intervención.

En este contexto, se resalta la necesidad de sostener una vigilancia epidemiológica activa, sensible y oportuna, que permita la identificación adecuada de los casos y evite subregistros que puedan ocultar la magnitud real del problema. En consecuencia, una reducción en el número de reportes no debe interpretarse automáticamente como una mejora del desempeño del sistema, sino como una oportunidad para evaluar la calidad de la vigilancia y los procesos de atención en salud.

Grupos edad

Tabla 8.
Casos de morbilidad materna extrema, por Grupo de edad. Bogotá D.C. C Año 2021–2025

RANGOS DE EDAD	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos MME	%	Casos MME	%	Casos MME	%	Casos MME	%	Casos MME	%
10 a 14 años	18	0%	17	0%	23	0%	25	1%	23	0%
15 a 19 años	500	10%	518	11%	429	9%	449	9%	477	8%
20 a 24 años	1112	23%	1011	21%	1001	21%	1040	21%	1226	20%
25 a 29 años	1147	24%	1246	26%	1225	25%	1262	25%	1575	26%
30 a 34 años	1019	21%	1052	22%	1128	23%	1193	24%	1443	24%
Mayor de 35	994	21%	1037	21%	1050	22%	1028	21%	1275	21%
Totales	**4790**	**100%**	**4881**	**100%**	**4856**	**100%**	**4997**	**100%**	**6019**	**100%**

Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

El comportamiento del evento está determinado principalmente por mujeres de 20 a 34 años, especialmente en el grupo de 25 a 29 años, seguido por 30 a 34 y 20 a 24 años, que concentran la mayor proporción de casos y explican la variación observada en el tiempo. El grupo de 35 años y más mantiene una participación relevante asociada a mayor riesgo obstétrico, aunque no condiciona el incremento del evento.

Desde el enfoque epidemiológico, se requiere fortalecer la vigilancia en los grupos de mayor aporte, optimizar la captación temprana y el seguimiento de gestantes, mejorar la oportunidad en la identificación de complicaciones y garantizar la continuidad en la atención, con el fin de impactar la ocurrencia de la MME.

Régimen seguridad social

Tabla 9.
Casos de Morbilidad materna extrema, según tipo de Seguridad Social en Salud. Año 2021– 2025

Régimen	2021		2022		2023		2024		2025*	
	Casos MME	Razón X 1000 NV	Casos MME	Razón X 1000 NV	Casos MME	Razón X 1000 NV	Casos MME	Razón X 1000 NV	Casos MME	Razón X 1000 NV
Contributivo	2902	62,3	3086	67,7	3147	75,2	3237	82,9	4006	102,5
Subsidiado	947	83,6	1140	87,4	1258	83,3	1348	95,6	1519	113,6
No asegurada	843	107,8	564	113,9	362	122,6	333	133,8	368	160,9
Excepción	98	71,6	91	74,2	88	8,4	72	80,6	126	121,1
Reg Especial	0	0,0	0	0,0	1	71,4	7	259,2	0	0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Total, general	**4790**	**71,5**	**4881**	**75,4**	**4856**	**79,7**	**4997**	**88,4**	**6019**	**107,9**

Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

Durante el periodo 2021–2025, la morbilidad materna extrema (MME) en Bogotá presenta un incremento en el número de casos, alcanzando 6019 casos en 2025. La distribución por régimen de afiliación se mantiene estable, con predominio del contributivo en términos absolutos, que pasa de 2902 casos en 2021 a 4006 casos en 2025, seguido del régimen subsidiado, que aumenta de 947 a 1519 casos.

Al analizar la razón de morbilidad materna extrema por 1.000 nacidos vivos, se identifica una mayor carga del evento en el régimen subsidiado (113,6 por 1.000 nacidos vivos en 2025) en comparación con el contributivo (102,5 por 1.000 nacidos vivos). De igual forma, la población no asegurada presenta la razón más alta (160,8 por 1.000 nacidos vivos), lo que evidencia un mayor riesgo de ocurrencia en este grupo.

Este comportamiento sugiere la presencia de un gradiente social en la ocurrencia del evento, en el que las poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad concentran una mayor carga relativa de la MME. Lo anterior podría estar relacionado con diferencias en el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención y la calidad del seguimiento durante la gestación.
En este contexto, se hace necesario fortalecer la gestión del riesgo materno con enfoque diferencial por régimen de afiliación, priorizando las poblaciones con mayor carga del evento, así como garantizar la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención, con el fin de reducir la ocurrencia de la morbilidad materna extrema y prevenir desenlaces adversos.

Índice de letalidad por causa

Figura 5.
Índice de letalidad por causa de morbilidad materna extrema Bogotá D.C. Año 2021– 2025

Causa básica	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Trastornos hipertensivos	3330	70%	3350	69%	3053	63%	3086	62%	3953	66%
Hemorragia obstétrica severa	1046	22%	1022	21%	1103	23%	1241	25%	1490	24%
Shock séptico	369	8%	443	9%	524	11%	551	11%	541	9%
Otras causas	45	1%	66	1%	176	4%	119	2%	35	1%
	4790	100%	4881	100%	4856	100%	4997	100%	6019	100%

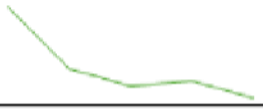
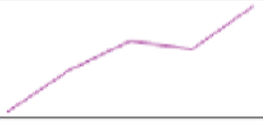
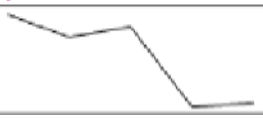
Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

Durante el periodo 2021–2025, la morbilidad materna extrema (MME) en Bogotá está determinada principalmente por los trastornos hipertensivos, que concentran la mayor carga del evento y explican su incremento (de 3330 casos en 2021 a 3953 en 2025). La hemorragia obstétrica se mantiene como segunda causa (1490 casos en 2025), mientras que el shock séptico presenta menor frecuencia.

Este comportamiento evidencia que la MME continúa concentrándose en causas directas y prevenibles, lo que señala oportunidades de mejora en la detección temprana, la calidad del control prenatal y la respuesta oportuna ante complicaciones.

Si bien la MME corresponde a casos sobrevivientes, estas causas se asocian a mayor riesgo de letalidad, especialmente la hemorragia y el shock séptico por su rápida evolución. En este contexto, se hace necesario fortalecer la identificación precoz del riesgo, la vigilancia clínica y la capacidad resolutiva de los servicios, así como la articulación entre EAPB e IPS, con el propósito de reducir la progresión a formas severas y la mortalidad materna.

Tabla 10.
Indicadores de Morbilidad Materna Extrema, Bogotá D. Periodo Enero-junio 2024 – 2025 índice de letalidad 2021 – 2025

INDICADOR	Indicadores de Morbilidad Materna Extrema					
	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Índice de Letalidad	0,96	0,51	0,39	0,42	0,3	
Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna	104	195	256	238	334	
Porcentaje de casos con 3 o más Criterios de Inclusión	58,1	47	52,4	15	16,2	

Fuente 2021 - 2024: Base DANE -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

Durante el periodo analizado, se observa una mejoría progresiva en el índice de letalidad, el cual disminuye de 0,96 en 2021 a 0,30 en 2025. Este comportamiento indica una reducción en la probabilidad de muerte entre los casos de morbilidad materna extrema, lo que sugiere avances en la capacidad resolutiva de los servicios de salud y en la atención de las complicaciones obstétricas graves.

En concordancia, la relación MME/Muerte Materna presenta una tendencia ascendente, pasando de 104 en 2021 a 334 en 2025. Este incremento refleja que, por cada muerte materna, un mayor número de mujeres con complicaciones severas logra sobrevivir, lo cual es un indicador positivo de la calidad de la atención y del manejo clínico oportuno.

No obstante, al analizar el porcentaje de casos con 3 o más criterios de inclusión, se identifican fluctuaciones importantes. Inicialmente, se evidencian valores elevados en 2021 (58,1%) y 2023 (52,4%), lo que indica una alta proporción de casos con mayor severidad. Para 2025, este porcentaje desciende de manera marcada a 16,2%, lo que podría interpretarse como una detección y manejo más oportuno de los casos antes de que progresen a estadios más graves, aunque también requiere verificación en la calidad del registro y clasificación de los criterios.

En conjunto, los indicadores muestran una tendencia favorable en la reducción de la letalidad y el aumento de la supervivencia, acompañada de una posible mejora en la identificación temprana de complicaciones. Sin embargo, las variaciones en la severidad de los casos sugieren la necesidad de fortalecer la estandarización en la aplicación de criterios de inclusión y el seguimiento clínico, con el fin de garantizar la comparabilidad y consistencia de la información a lo largo del tiempo.

Oportunidad en la notificación de la morbilidad materna extrema.

Figura 5.
Indicador de Oportunidad en la notificación de Morbilidad Materna extrema, Bogotá D.C Año 2025



Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-04-2026. Sivigila evento 549. SE53

El análisis de la oportunidad en la notificación evidencia un alto cumplimiento global del 97,8%, lo que refleja un desempeño favorable del sistema de vigilancia y una adecuada respuesta en la mayoría de las UPGD frente al reporte de los eventos.

No obstante, este comportamiento positivo contrasta con fallas críticas concentradas en un grupo específico de instituciones, entre las que se destacan Salud Total EPS (63,6%), Clínica Medical SAS (66,7%) y Hospital Universitario San Ignacio (70,0%). Así mismo, la Unidad de Urgencias Puente Aranda (88,2%) y la Clínica Juan N. Corpas (90,3%) presentan desempeños por debajo del estándar esperado.

Este patrón evidencia que la inoportunidad no es generalizada sino focalizada, lo que sugiere debilidades puntuales en los procesos institucionales de notificación. La notificación tardía limita la activación oportuna de acciones en salud pública, afecta la gestión del riesgo y reduce la capacidad de respuesta frente a eventos maternos. En este sentido, se requiere un fortalecimiento dirigido a las UPGD con bajo desempeño, orientado a garantizar la oportunidad y la efectividad del sistema de vigilancia.

Discusión

Durante el periodo 2021–2025, la morbilidad materna extrema (MME) en Bogotá D.C. presenta un incremento sostenido en su razón, en un contexto de disminución de los nacimientos. Este comportamiento es consistente con lo observado a nivel nacional, donde el aumento del evento ha sido asociado al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la estandarización de los criterios de clasificación y la mejora en la notificación de los casos (8,9). En este sentido, el incremento de la MME refleja, en parte, una mayor capacidad del sistema de salud para identificar oportunamente las complicaciones maternas graves.

A nivel nacional, los informes recientes indican que la MME ha aumentado en los últimos años, mientras que la mortalidad materna ha mostrado una tendencia a la disminución, lo que sugiere avances en la capacidad de respuesta del sistema de salud y en el manejo de las emergencias obstétricas (9,10). Esta relación, caracterizada por un mayor número de casos de MME y menor letalidad, ha sido descrita por la Organización Mundial de la Salud como un indicador de mejora en la calidad de la atención, al evidenciar una mayor supervivencia de mujeres con complicaciones severas (9).

No obstante, el comportamiento observado en Bogotá evidencia que el incremento del evento no se explica únicamente por la mejora en la captación. El predominio de causas directas prevenibles, como los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica, indica que persisten fallas en la detección temprana del riesgo, en la calidad del control prenatal y en la oportunidad de la atención (1,5). Estas condiciones continúan siendo determinantes en la ocurrencia de la MME y representan oportunidades claras de intervención en el sistema de salud.

Adicionalmente, la mayor carga del evento en población afiliada al régimen subsidiado y no asegurada, así como su concentración en territorios con mayores condiciones de vulnerabilidad, evidencia inequidades en el acceso, la continuidad y la calidad de la atención en salud (5). Estas brechas favorecen la progresión de complicaciones hacia estados de mayor severidad y reflejan la influencia de los determinantes sociales en la salud materna.

En este contexto, el incremento de la MME en Bogotá debe interpretarse como un fenómeno multifactorial: por un lado, evidencia avances en la identificación y manejo de los casos; por otro, pone en evidencia que las fallas persisten en etapas tempranas del proceso de atención. Esto explica por qué, a pesar de la reducción de la letalidad, el número de casos continúa en aumento (8).

En consecuencia, el análisis de la morbilidad materna extrema se constituye en un insumo fundamental para la evaluación de la calidad de la atención en salud materna, ya que permite identificar de manera anticipada las debilidades del sistema y orientar acciones dirigidas a la detección temprana del riesgo, el fortalecimiento del control prenatal y la reducción de inequidades en salud (1,9).

Conclusión

El comportamiento de la morbilidad materna extrema en Bogotá D.C. durante el periodo 2021–2025 evidencia un escenario dual: por un lado, se reflejan avances en la vigilancia epidemiológica, la capacidad de respuesta del sistema de salud y el manejo oportuno de las complicaciones obstétricas, lo que ha contribuido a la reducción de la letalidad; por otro, persisten brechas estructurales en la detección temprana del riesgo, la calidad del control prenatal y la continuidad de la atención, que favorecen la progresión de los casos hacia estados de mayor severidad.

La persistencia de causas directas prevenibles y la mayor carga del evento en poblaciones en condición de vulnerabilidad ponen en evidencia inequidades en el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud materna, lo que limita el impacto de las intervenciones implementadas y mantiene la ocurrencia del evento.

En este contexto, la morbilidad materna extrema se consolida como un evento trazador de la calidad de la atención, cuyo análisis permite no solo dimensionar la magnitud del problema, sino también identificar de manera anticipada fallas críticas en el proceso de atención. Esto la convierte en un insumo estratégico para orientar la gestión del riesgo materno, priorizar intervenciones y fortalecer la toma de decisiones en salud pública.

Por tanto, el reto no se centra únicamente en la reducción del número de casos, sino en la transformación de los procesos de atención hacia un enfoque preventivo, oportuno e integral, que permita intervenir el riesgo en etapas tempranas, mejorar la continuidad del cuidado y disminuir las inequidades en salud, con el fin de avanzar de manera sostenida en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

Recomendaciones

- Fortalecer, por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) en articulación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) primarias, la identificación oportuna de gestantes con factores de riesgo desde el primer contacto con el sistema de salud, mediante la aplicación estricta de las guías de práctica clínica y la adecuada clasificación del riesgo, garantizando controles prenatales oportunos, seguimiento continuo y activación temprana de rutas de atención.

- Optimizar, por parte de las IPS de mediana y alta complejidad en el marco de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la capacidad resolutiva para la atención de emergencias obstétricas, asegurando la disponibilidad de talento humano capacitado, insumos y la implementación efectiva de protocolos para el manejo de hemorragia obstétrica y trastornos hipertensivos.

- Consolidar, por parte de las EAPB, IPS en sus diferentes niveles de complejidad y Subredes Integradas de Servicios de Salud, los procesos de referencia y contrarreferencia y la coordinación interinstitucional, garantizando la continuidad del

cuidado durante todo el proceso gestacional y reduciendo la fragmentación en la atención.

- Asegurar, por parte de la Secretaría Distrital de Salud en coordinación con las EAPB, IPS y demás actores del sistema, la calidad, oportunidad y análisis de la información de morbilidad materna extrema, promoviendo su uso para la toma de decisiones, la focalización de intervenciones y el seguimiento a instituciones con desempeño inferior al esperado.

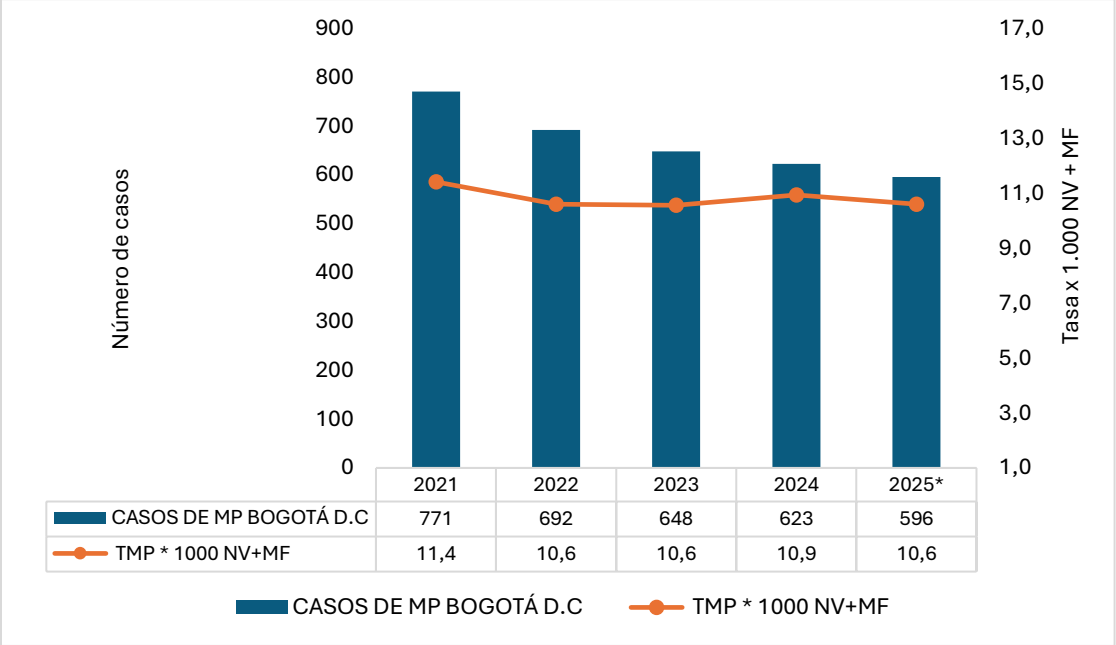
3.COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD PERINATAL

Tendencia del comportamiento de la MPNT

La mortalidad perinatal y neonatal tardía es un indicador clave del estado de salud materno-infantil y de la calidad de la atención durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal, ya que refleja tanto condiciones clínicas como determinantes sociales, acceso a servicios y capacidad del sistema de salud. Según definiciones internacionales, la mortalidad perinatal incluye las muertes fetales tardías (desde las 22 semanas de gestación o ≥500 g) y las muertes neonatales tempranas (primeros 7 días de vida), mientras que la mortalidad neonatal tardía abarca las defunciones entre los 7 y 27 días posteriores al nacimiento, permitiendo así una medición estandarizada y comparaciones entre territorios y periodos (11).

Durante el periodo 2021–2025, se observa una disminución progresiva en el número de casos de mortalidad perinatal en el Distrito Capital, pasando de 771 casos en 2021 a 596 casos en 2025. En cuanto a la tasa, se evidencia un comportamiento estable con leves variaciones, incluyendo un incremento en 2024 y una estabilización en 2025, lo que resalta la importancia de mantener las acciones de vigilancia y prevención para consolidar la reducción sostenida de estos eventos.

Figura 6.
Casos y tasa de Mortalidad Perinatal. Bogotá D. C., años 2021–2025p.



Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Durante el periodo 2021 a 2025, se observa una tendencia general hacia la disminución en el número de casos de mortalidad perinatal en el Distrito Capital. Para el año 2025, se registraron n=596 muertes perinatales, lo que representa una disminución del 4,3 % (n=27) en comparación con el año 2024, en el que se reportaron n=623 casos.

En relación con la tasa de mortalidad perinatal, tomando como línea base el año 2022, se evidencia un comportamiento relativamente estable con una leve tendencia a la disminución. La tasa pasó de 10,6 por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales (NV+MF) en 2022 a 10,6 por 1.000 NV+MF en 2025, manteniéndose en el mismo nivel, aunque con fluctuaciones intermedias, como el incremento observado en 2024 (10,9 por 1.000 NV+MF).

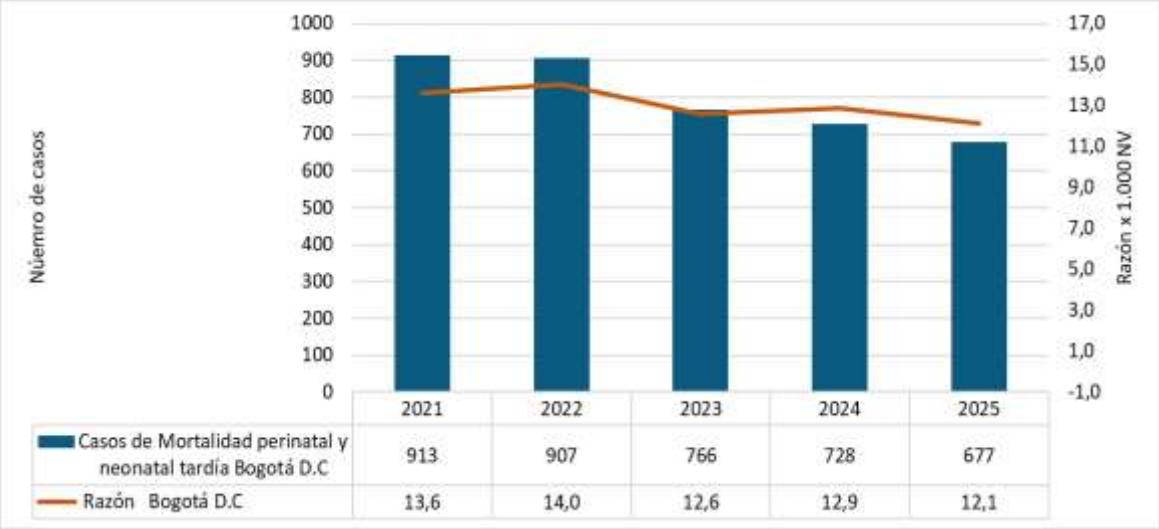
Es importante resaltar que, aunque el número de casos muestra una disminución progresiva durante el periodo analizado, la tasa de mortalidad perinatal ha presentado variaciones leves, lo cual puede estar asociado a los cambios en el denominador correspondiente al número de nacidos vivos y muertes fetales, que han mostrado una tendencia al descenso en los últimos años en el Distrito Capital. Esta situación debe considerarse en la interpretación de los resultados y en la evaluación del comportamiento del indicador.

En este escenario, se hace necesario consolidar acciones integrales que permitan fortalecer la atención en salud materna y perinatal, especialmente en lo relacionado con la detección

temprana de riesgos durante la gestación y el seguimiento continuo de las gestantes. La articulación efectiva de los servicios de salud, junto con la oportunidad en la atención y la calidad del control prenatal, favorece la prevención de eventos adversos y contribuye a mejorar los resultados en salud del binomio madre e hijo, impactando de manera positiva la reducción de la mortalidad perinatal.

Figura 7.

Casos y razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Bogotá D.C años 2021 – 2025p.



	2021	2022	2023	2024	2025
Casos de Mortalidad perinatal y neonatal tardía Bogotá D.C	913	907	766	728	677
Razón Bogotá D.C	13,6	14,0	12,6	12,9	12,1

Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Durante el periodo 2021–2025, la mortalidad perinatal y neonatal tardía en Bogotá D.C. presenta una tendencia general a la disminución, con algunas variaciones interanuales. Luego de registrar 913 casos en 2021 y 907 en 2022, se observa una reducción más marcada en 2023 (n=766), la cual continúa en 2024 con 728 casos. Para 2025, la cifra desciende nuevamente hasta 677 casos, consolidando una reducción sostenida en los últimos años analizados.

En particular, entre 2023 y 2024 se evidencia una disminución del 5,0% (n=38 casos menos), lo que mantiene la tendencia descendente iniciada desde 2022. Esta dinámica sugiere avances en la reducción de eventos de mortalidad en este grupo.

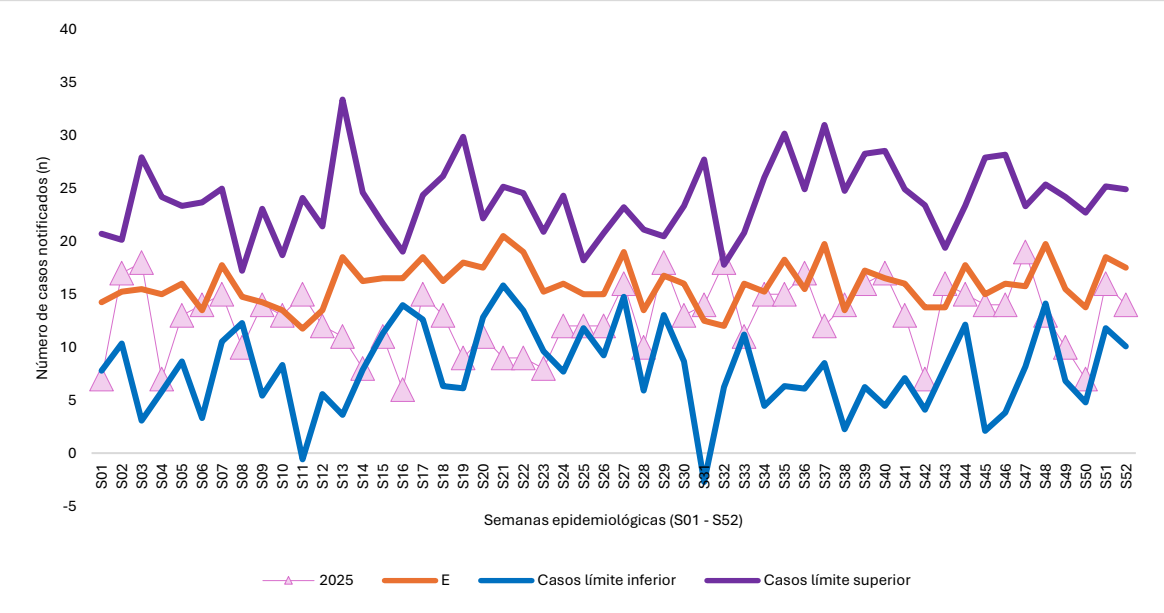
En relación con la razón de mortalidad por 1.000 nacidos vivos, el comportamiento también refleja fluctuaciones moderadas. Tras ubicarse en 13,6 en 2021, el indicador alcanza su punto más alto en 2022 con 14,0, para luego descender a 12,6 en 2023. En 2024 se observa un leve incremento a 12,9, seguido de una nueva reducción en 2025, cuando la razón se sitúa en 12,1 por 1.000 nacidos vivos.

En conjunto, tanto el número absoluto de casos como la razón muestran una evolución favorable hacia la disminución en el periodo más reciente, aunque con ligeros incrementos puntuales que no modifican la tendencia general descendente.

Comportamiento del evento

Comportamiento de la notificación

Figura 8.
Canal Endémico - Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía (560) Bogotá D.C. Años 2021-2025.



Fuente: Base SIVIGILA evento 560 años 2021 – 2025. Fuente 2021 - 2024: Base Dane - Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Durante los años completos comprendidos entre 2021 y 2025, los dos indicadores analizados mostraron un comportamiento regular y cíclico. El indicador representado por la línea naranja presentó valores consistentemente más altos, mientras que el indicador representado por la línea azul se mantuvo en niveles inferiores, aproximadamente a la mitad. A lo largo de todo el periodo, la diferencia entre ambos se mantuvo relativamente constante.

En 2022 se observó un aumento general de los valores en comparación con 2021, lo que sugiere una etapa de crecimiento del sistema. Posteriormente, en 2023 se registró una disminución moderada en ambos indicadores. En 2024 se evidenció una recuperación clara, acompañada de mayores variaciones a lo largo del año, lo que indica un periodo de

mayor inestabilidad. No obstante, esta variabilidad no alteró la relación habitual entre los dos indicadores. Finalmente, en 2025 se presentó un nuevo descenso, que puede interpretarse como un proceso de normalización tras los cambios observados el año anterior.
En conjunto, a pesar de las fluctuaciones anuales, la relación entre ambos indicadores se mantuvo estable durante todo el periodo analizado, lo que indica un comportamiento general predecible y controlado. Los resultados sugieren una tendencia hacia la consolidación y estabilización durante 2025, coherente con un escenario de equilibrio tras las variaciones registradas en los años previos.

En relación con la calidad de la información reportada en la notificación, se identifican aún oportunidades de mejora en algunas variables. Durante los procesos de revisión y depuración de los datos, se han evidenciado inconsistencias relacionadas con el diligenciamiento incompleto o incorrecto de la información, así como con la calidad y coherencia de las variables registradas.

Como resultado de la evaluación sistemática de la calidad del dato, se realiza la retroalimentación a las Subredes Integrales de Servicios de Salud, solicitando los ajustes correspondientes. Estas acciones se enfocan especialmente en la corrección de causas de muerte mal definidas, la identificación de casos duplicados reportados en diferentes sistemas de información (RUAF y SIVIGILA), y la revisión de eventos que no cumplen con la definición de caso y requieren reclasificación (D o 6), entre otros hallazgos.
Adicionalmente, se incorporan los resultados y observaciones remitidos por el Instituto Nacional de Salud (INS), los cuales se abordan mediante asistencias técnicas dirigidas a cada una de las Subredes. Este acompañamiento busca fortalecer los procesos de notificación, mejorar la consistencia de las variables y garantizar una mayor calidad de la información reportada.
En conjunto, estas acciones permiten no solo optimizar la calidad del dato, sino también identificar posibles factores asociados a incrementos puntuales en los eventos analizados, así como reforzar las acciones de vigilancia, seguimiento y prevención en salud pública.

Comportamiento de las variables de interés

Comportamiento de la notificación por localidad de residencia:

Durante los últimos años, la mortalidad perinatal y neonatal tardía ha presentado una disminución sostenida en el número absoluto de casos hasta el año 2024, seguido de un incremento para el año 2025. Específicamente, se observa un aumento del 14,6% al pasar de 396 casos en 2024 a 454 casos en 2025. Este incremento se refleja también en la razón distrital, que pasa de 14,6 a 16,3 por 1.000 nacidos vivos, comportamiento que puede estar asociado tanto a la reducción progresiva de los nacimientos en la ciudad como a las mejoras en la calidad del registro que permiten una identificación más precisa de los eventos.

Para el año 2025, las cinco localidades con la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía más alta, superando ampliamente la razón distrital, fueron: Candelaria con 171,1 x 1.000 NV, Ciudad Bolívar con 43,4 x 1.000 NV, Rafael Uribe con 23,8 x 1.000 NV, Usme con 17,3 x 1.000 NV y Barrios Unidos con 15,6 x 1.000 NV. Estas localidades muestran un incremento en comparación con el año anterior, destacándose el caso de Ciudad Bolívar que casi cuadruplica su razón respecto a 2024 (de 12,3 a 43,4 x 1.000 NV), y Candelaria con un aumento considerable de 16,9 a 171,1 x 1.000 NV.

Este comportamiento puede atribuirse principalmente a dos factores: la alta concentración de población migrante venezolana y de hogares en condición de vulnerabilidad socioeconómica en estas localidades, así como al efecto del descenso de los nacimientos que amplifica el cálculo de la razón. En particular, Candelaria y Ciudad Bolívar presentan una mayor incidencia de pobreza y condiciones monetarias precarias, según lo reportado en el estudio “Población en condición de vulnerabilidad monetaria en Bogotá” de la Secretaría Distrital de Planeación para el año 2023.

Tabla 11.

Número de Casos y Razón de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía por Localidad de Residencia, Años 2021 – 2025p.

	2021		2022		2023		2024		2025	
Localidad	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
1-Usaquén	62	14,954	75	17,883	37	9,3058	44	11,4524	35	9,3533
2-Chapinero	32	25,377	31	25,812	13	10,924	13	11,1684	8	7,0859
3-Santafé	17	13,666	16	13,974	20	18,639	16	16,3599	14	16,355
4-San Cristóbal	81	22,569	76	23,199	31	10,66	32	11,1266	29	10,745
5-Usme	49	12,861	47	13,213	33	10,16	45	14,9502	44	15,267
6-Tunjuelito	14	8,1065	17	10,794	21	14,665	16	11,976	17	13,158
7-Bosa	77	10,88	81	12,108	69	11,181	75	13,0685	68	12,117
8-Kennedy	111	12,082	98	10,872	125	14,993	101	12,801	93	11,853
9-Fontibón	29	10,765	24	8,7816	31	11,707	27	10,6425	27	10,112
10-Engativá	56	9,9662	66	11,526	73	12,676	68	13,1783	59	11,463
11-Suba	86	9,0081	83	8,7414	100	10,952	91	11,1369	97	11,719
12-Barrios Unidos	17	17,49	15	14,881	12	13,158	7	7,82998	15	16,835
13-Teusiquillo	57	69,597	61	64,008	7	7,9096	13	16,6453	9	12,5
14-Mártires	20	19,249	14	15,021	15	16,164	10	11,4679	9	11,043
15-Antonio Nariño	9	11,364	8	10,767	12	16,83	8	12,8824	9	13,062
16-Puente Aranda	29	15,215	23	12,693	21	12,048	11	6,79852	13	8,1301
17-Calendario	4	22,346	2	10,204	3	18,182	1	6,57895	1	7,7519
18-Rafael Uribe	33	9,1135	39	11,146	43	13,239	57	19,554	44	15,326
19-Ciudad Bolivar	95	12,464	108	15,555	93	14,561	75	12,5649	76	12,958
20-Sumapaz	1	28,571	0	0	0	0	1	66,6667	0	0
Sin dato de localidad	34	333,33	23	460	7	538,46	17	-	10	312,5
Distrito	**913**	**13,629**	**907**	**14,004**	**766**	**12,576**	**728**	**12,8756**	**677**	**12,134**

Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Durante el periodo 2021–2025, se evidencia una reducción progresiva del número de casos a nivel distrital. En 2021 se registraron 913 casos y en 2025 esta cifra descendió a 677. Este comportamiento se acompaña de una disminución del número de nacidos vivos, lo cual influye directamente en el cálculo de las razones anuales. La razón distrital alcanzó su valor más alto en 2022 y, a partir de 2023, presentó una tendencia descendente, situándose en 12,1 en 2025.

Al analizar la distribución territorial, se evidencia que la mayor carga de casos se concentra de forma consistente en localidades con mayor población y mayor número de nacidos vivos. En 2025, Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá aportaron conjuntamente una proporción significativa del total distrital de casos. Estas localidades mantienen esta concentración a lo largo del periodo analizado, por lo que constituyen territorios prioritarios para el seguimiento epidemiológico, el análisis de casos y el fortalecimiento de las acciones de prevención y atención materno-perinatal.

En cuanto a la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por localidad, se observa una variabilidad importante entre territorios. Algunas localidades presentan razones superiores al promedio distrital, especialmente aquellas con un menor número de nacidos vivos. En estos casos, pequeñas variaciones en el número de muertes generan cambios marcados en el indicador, lo que obliga a interpretar la razón de manera conjunta con el número absoluto de casos y la tendencia en el tiempo. Esta situación se observa, por ejemplo, en localidades como Teusaquillo, Barrios Unidos, Santa Fe y Mártires en distintos años del periodo evaluado.

Durante 2025, localidades como Usme y Rafael Uribe Uribe presentaron razones superiores al promedio distrital asociadas a un número relevante de casos, lo que sugiere la necesidad de profundizar el análisis territorial para identificar posibles factores asociados y reforzar las acciones de vigilancia y prevención en estos territorios. En contraste, localidades con alta carga poblacional como Suba y Kennedy mantienen razones cercanas al promedio distrital, pero continúan aportando un número elevado de casos al total general.

Finalmente, se identifica como un hallazgo crítico la categoría “Sin dato de localidad”, la cual presenta razones extremadamente altas en todos los años analizados como resultado de denominadores muy bajos. Este comportamiento no refleja un riesgo real, sino deficiencias en la completitud de la variable de residencia. Esta situación afecta la calidad del análisis territorial y resalta la necesidad de fortalecer los procesos de depuración, validación y retroalimentación a las unidades notificadoras, con el fin de mejorar la calidad del dato y garantizar una adecuada caracterización de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el distrito.

Con base en el análisis por localidad, se recomienda priorizar el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica y gestión del riesgo en aquellas localidades que concentran la mayor carga de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Territorios como Suba, Kennedy, Ciudad Bolívar, Bosa y Engativá aportan de manera sostenida una proporción importante de los casos distritales, por lo que resulta fundamental intensificar el análisis de casos, el seguimiento a eventos recurrentes y la articulación con las redes de prestación de servicios de salud para la implementación de acciones preventivas y de mejora en la atención materno-perinatal.

Es importante resaltar que Bogotá cuenta con localidades con bajo número de nacidos vivos, donde se observan razones elevadas y una alta variabilidad anual. En estos territorios, pequeñas variaciones en el número de casos pueden generar cambios abruptos en la razón, por lo que es importante evitar interpretaciones aisladas y reforzar el uso de análisis multianuales que permitan una mejor contextualización del comportamiento del evento.

En diferentes espacios distritales se ha trabajado en fortalecer las acciones orientadas a mejorar la completitud y consistencia de la variable de residencia. La persistencia de casos clasificados como “Sin dato de localidad”, con razones extremadamente altas debido a denominadores muy bajos, limita el análisis territorial y la adecuada focalización de intervenciones.

Comportamiento de determinantes sociodemográficos y del sistema de salud

El análisis de los determinantes asociados a la mortalidad perinatal y neonatal tardía evidencia que este evento presenta un comportamiento diferenciado según variables demográficas y del sistema de salud. En relación con el sexo, se observa de manera consistente una mayor proporción de casos en recién nacidos de sexo masculino frente al femenino, patrón que se mantiene tanto en 2024 como en 2025. Este comportamiento es concordante con lo descrito en la literatura epidemiológica, donde se reconoce una mayor vulnerabilidad biológica en los recién nacidos masculinos, especialmente frente a condiciones asociadas a la prematurez y la adaptación neonatal, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las acciones de atención diferenciada desde el nacimiento.

Tabla 12.

Distribución de la mortalidad perinatal y neonatal tardía según determinantes sociodemográficos y del sistema de salud. Bogotá D.C., 2021–2025p.

Sexo	2021		2022		2023		2024		2025*	
	Casos	razón	Casos	razón	Casos	razón	Casos	razón	Casos	razón
Masculino	490	14,4	499	15,1	428	13,6	425	14,6	376	13,2
Femenino	403	12,3	382	12,1	329	11,1	290	10,6	288	10,5
Indeterminado	19	3800,0	26	8666,7	9	3000,0	13	6500,0	13	3250,0
Régimen afilaición	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**
Contributivo	535	11,5	546	12,0	463	11,1	448	11,5	429	11,0
Subsidiado	205	18,1	246	18,9	245	16,2	227	16,1	203	15,2
Excepción	13	9,5	16	13,1	14	13,5	8	9,0	13	12,5
No asegurado	160	20,8	99	20,0	44	14,9	45	18,1	30	13,1
Nacionalidad	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**
Colombiana	713	12,6	752	13,4	658	12,3	631	12,5	604	12,0
Migrante	200	19,4	155	18,0	108	14,6	97	15,6	73	13,1
Edad de la madre	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**
10 a 14	2	13,0	6	43,2	8	53,3	2	11,6	1	7,0
15 a 19	113	17,5	111	19,4	75	14,6	60	13,8	60	14,5
20 a 24	255	15,4	207	14,1	185	13,5	160	12,7	175	14,6
25 a 29	197	10,7	238	12,9	192	11,2	195	12,1	174	11,0
30 a 34	171	11,8	182	12,4	160	11,2	171	12,6	133	9,6
35 >	175	16,0	163	14,7	146	14,1	139	14,2	134	13,5
Pertenencia étnica	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**	**Casos**	**razón**
Indígena	6	48,0	0	0,0	4	24,2	2	11,6	4	29,9
Rom, Gitano	3	1500,0	2	1000,0	1	250,0	0	0	1	200,0
Raizal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Palenquero	1	333,3	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Negro, mulato afro colombiano	1	5,0	2	8,3	2	7,2	4	16,4	1	4,6

Fuente 2021 - 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025. Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, durante 2024 y 2025 la mayor proporción de casos se concentró en el régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado. Este comportamiento se encuentra alineado con la estructura de afiliación de la población del distrito y no necesariamente indica mayores fallas en la atención dentro de estos regímenes. No obstante, el incremento proporcional observado en el régimen subsidiado durante 2025 sugiere la necesidad de reforzar las estrategias orientadas a garantizar el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud materno-perinatal, así como el seguimiento al control prenatal. La presencia persistente de casos en población no asegurada, aunque en menor proporción, resalta la importancia de fortalecer acciones relacionadas con la autogestión en salud, la afiliación y portabilidad cuando se requiera, y el reconocimiento de los derechos y deberes dentro del sistema, con énfasis en la población migrante.

En cuanto a la nacionalidad, la mayor proporción de casos se presenta en población colombiana, lo cual es esperable dada su mayor representación en el total de nacimientos. Sin embargo, la participación de población migrante, aunque menor en términos absolutos, muestra razones elevadas en algunos años, lo que sugiere condiciones de mayor vulnerabilidad. Este hallazgo resalta la importancia de fortalecer el enfoque diferencial en esta población, garantizando el acceso efectivo a los servicios de control prenatal, atención institucional del parto y seguimiento del recién nacido, con énfasis en la continuidad del cuidado.

El análisis por grupos de edad materna muestra que la mayor carga de casos se concentra en mujeres entre los 20 y 34 años, grupo que agrupa la mayor cantidad de nacimientos. No obstante, se identifican razones más elevadas en los extremos del ciclo vital, particularmente en madres adolescentes y en mujeres mayores de 35 años, grupos reconocidos como de alto riesgo obstétrico. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención del embarazo adolescente, así como el seguimiento clínico estrecho y la atención especializada de gestantes de edad avanzada.
Respecto a la pertenencia étnica, la mayoría de los casos se concentran en población que no se reconoce como perteneciente a un grupo étnico. Sin embargo, en poblaciones indígenas, afrodescendientes y otras etnias, aunque el número absoluto de casos es bajo, las razones pueden resultar elevadas debido a denominadores pequeños, lo que obliga a una interpretación cuidadosa del indicador. Aun así, este comportamiento evidencia la necesidad de reforzar el enfoque intercultural, la captación temprana y el acceso oportuno a los servicios de salud materno-perinatales en estas poblaciones.

En conjunto, el análisis de los determinantes confirma que la mortalidad perinatal y neonatal tardía es un evento multifactorial, influenciado por condiciones biológicas, sociales y del sistema de salud. La persistencia de patrones asociados al sexo, la edad materna y el régimen de afiliación resalta la importancia de consolidar estrategias integrales de vigilancia epidemiológica, orientadas no solo a la atención del evento, sino también a la reducción de inequidades, el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la garantía del acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios materno- perinatales

Matriz por periodos perinatales de riesgo (BABIES)

Teniendo en cuenta el momento de ocurrencia de la muerte y el peso fetal y neonatal, se puede observar que el mayor número de muertes se concentra en los grupos con peso de menos de 1.000 gramos con 241 casos que, de acuerdo a la clasificación de la matriz BABIES, dichas mortalidades son derivadas del componente que hace referencia a la salud materna; en segundo lugar, se encuentran aquellos en el peso entre 1.500 y 2.499 gramos aportando 93 casos, que se relacionan específicamente con los cuidados en el periodo prenatales, la atención del parto, el recién nacido y el neonato.

De acuerdo con la matriz BABIES, la mayor razón de estas muertes se relaciona en primer lugar con la salud materna reportando un 10,79 de los casos por 1.000 NV, seguido de los problemas relacionados con los cuidados prenatales que se reflejan en las muertes ocurridas antes del nacimiento con una razón de 2,24 casos por 1.000 NV; seguida las atenciones del recién nacido con 1,65 por 1000 NV; atención al neonato con 1,61 casos por 1.000 NV y finalmente, atención del parto con una razón de 0,33 casos por 1.000 NV.

Tabla 13.

Casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según periodos perinatales de riesgo a Semana Epidemiológica 53, año 2025p. Bogotá D.C

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA			
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL	
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS
Menor de 1000	196	46	66	52
De 1000 a 1499	30	6	24	25
De 1500 a 2499	60	10	25	32
De 2500 a 3999	44	5	32	24
4000 y más	0	0	0	0
Total general	**330**	**67**	**147**	**133**

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

El análisis de los periodos perinatales de riesgo a partir de la Matriz BABIES, complementado con la revisión de los datos consolidados, evidencia que la mortalidad perinatal y neonatal tardía se concentra de manera significativa en los recién nacidos con muy bajo peso al nacer, particularmente en el grupo menor de 1000 gramos, el cual aporta la mayor carga de muertes y presenta las tasas más elevadas. Este comportamiento confirma el alto riesgo asociado a la prematurez extrema y a condiciones clínicas complejas, observándose participación de eventos en todos los momentos del continuo de la atención (anteparto, intraparto, neonatal temprano y tardío), lo que sugiere fallas tanto en la detección oportuna del riesgo durante el control prenatal como en la atención del parto y el manejo del recién nacido.

Tabla 14.

Casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según momento de ocurrencia de riesgo a Semana Epidemiológica 53, año 2025p. Bogotá D.C

GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	196	46	66	52	360
De 1000 a 1499	30	6	24	25	85
De 1500 a 2499	60	10	25	32	127
De 2500 a 3999	44	5	32	24	105
4000 y más	0	0	0	0	0
Total general	**330**	**67**	**147**	**133**	**677**

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

De acuerdo con los datos analizados, a medida que aumenta el peso al nacer, las tasas de mortalidad disminuyen progresivamente, siendo considerablemente menores en los grupos entre 1500 y 2499 gramos y bajas en aquellos con peso igual o superior a 2500 gramos, lo que reafirma la fuerte relación entre bajo peso y mortalidad. La matriz de razones por periodos de riesgo también muestra una contribución importante de las muertes fetales ante parto y de las muertes neonatales, especialmente las tempranas, destacando la necesidad de fortalecer la calidad del control prenatal, la vigilancia del bienestar fetal y la capacidad resolutiva de los servicios neonatales.

Tabla 15.

Puntuación Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía según momentos críticos de ocurrencia a Semana Epidemiológica 53, año 2025p. Bogotá D.C

7,93	**Salud materna**
1,85	**Cuidados prenatales**
0,27	**Atención del parto**
1,02	**Atención del recién nacido**
1,00	**Atención del neonato AIEPI**

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

El análisis de los periodos perinatales de riesgo a partir de la Matriz BABIES evidencia que la mortalidad perinatal y neonatal tardía en el periodo analizado se concentra de manera marcada en los recién nacidos con muy bajo peso al nacer. Del total de 677 muertes registradas, el grupo de menores de 1000 gramos aporta la mayor carga y presenta una tasa extremadamente elevada, lo que refleja un riesgo desproporcionado asociado a la

extrema prematurez y a condiciones de alta complejidad clínica. En este grupo se observa participación importante tanto de muertes fetales anteparto como intraparto, así como de muertes neonatales tempranas y tardías, lo que sugiere fallas o limitaciones en distintos momentos del continuo de la atención materno-perinatal. A medida que aumenta el peso al nacer, la tasa de mortalidad desciende de forma progresiva, siendo notablemente menor en los grupos entre 1500 y 2499 gramos y reducida en los recién nacidos con peso igual o superior a 2500 gramos. En el grupo de 4000 gramos y más no se registran muertes, lo que confirma la fuerte asociación entre bajo peso al nacer y mortalidad perinatal y neonatal tardía. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de priorizar intervenciones orientadas a la prevención del parto pretérmino, el fortalecimiento del control prenatal con enfoque de riesgo y la atención especializada del recién nacido, especialmente en los estratos de mayor vulnerabilidad biológica.

Por su parte, la matriz de cálculo de razones por periodos perinatales de riesgo permite identificar con mayor precisión los momentos críticos en los que se concentra el riesgo de mortalidad. El análisis global muestra una contribución relevante de las muertes fetales anteparto y de las muertes neonatales, particularmente las tempranas, lo que evidencia la importancia de fortalecer tanto la atención prenatal como la atención intrahospitalaria del recién nacido. En los menores de 1000 gramos se observan razones elevadas en todos los momentos de ocurrencia, confirmando que este grupo presenta un riesgo transversal que no se limita a una sola etapa, sino que está presente antes del parto, durante el parto y en el periodo neonatal. En los grupos de mayor peso, las razones disminuyen progresivamente, aunque persiste un aporte del componente ante parto y neonatal, lo que indica oportunidades de mejora en la identificación temprana de complicaciones maternas, la vigilancia del bienestar fetal y la capacidad resolutiva de los servicios de atención neonatal.
Es clara a partir del análisis la necesidad de fortalecer la calidad del control prenatal, la atención segura del parto y la respuesta oportuna y especializada en el cuidado del recién nacido, como estrategias fundamentales para reducir la mortalidad perinatal y neonatal tardía.

En coherencia con estos hallazgos, y de acuerdo con los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública, en Bogotá el análisis cualitativo mediante la metodología del tablero de problemas aplicado a casos de 2025 evidencia la persistencia de factores asociados prevenibles, tales como fallas en la demanda inducida y la captación temprana de gestantes, debilidades en el seguimiento y en la continuidad de la atención, así como limitaciones en la oportunidad de los servicios de salud. En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la gestión integral del riesgo materno-perinatal, mejorar la articulación entre los niveles de atención y priorizar intervenciones orientadas a la prevención del parto pretérmino, el acceso oportuno a servicios de calidad y la atención (12).

Comportamiento de los indicadores de mortalidad perinatal

Concordancia de SIVIGILA y RUAF

A corte de la semana epidemiológica 53 de 2025, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) registró un total de 677 casos del evento 560 correspondiente a muertes perinatales y neonatales tardías con residencia en Bogotá D.C. Al realizar el proceso de contrastación con las estadísticas vitales del RUAF, se identificó que 367 casos presentan concordancia con registros de muertes perinatales fetales, mediante la validación por documento y/o certificado de defunción, mientras que 271 casos fueron concordantes con registros de mortalidad infantil neonatal temprana y/o neonatal tardía en dicho sistema. Asimismo, se evidenciaron 39 casos no concordantes entre lo notificado en SIVIGILA y los registros disponibles en RUAF, lo que representa una proporción menor y señala oportunidades específicas de mejora en los procesos de depuración y validación.

Desde el componente de VSP, se ha fortalecido el monitoreo continuo de la mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel local y distrital mediante la integración sistemática de la información proveniente de SIVIGILA y RUAF, lo que ha permitido mejorar la coherencia y consistencia de los datos disponibles. Este ejercicio de articulación trabajado con los equipos de las Subredes e instituciones, ha contribuido a robustecer el análisis epidemiológico y la toma de decisiones basada en evidencia, facilitando la orientación de estrategias de prevención y el seguimiento a la calidad de la atención materno-perinatal. Las acciones desarrolladas han apoyado el mejoramiento progresivo de los procesos de vigilancia y han aportado a la reducción sostenida del evento en el Distrito Capital.

Tabla 17.
Concordancia con RUAF-ND de registros de muertes perinatales y neonatales tardías a corte año 2025p. Bogotá D.C.

INDICADOR	NUMERO DE CASOS
Número de casos evento 560 2025 residencia Bogotá	677
Número de casos concordantes 560 VS perinatales fetales RUAF por documento y/o certiticado de defunción	367
Número de casos concordantes 560 vs infantil neonatal temprana y /o neonatal tardia RUAF	271
Número de casos no concordantes entre evento 560 vs ruaf	39

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Tabla 16.

Indicadores de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía año 2025p.

2. Proporción de muertes perinatales y neonatales tardías con causa de muerte mal definida en SIVIGILA. Verde: menor de 20 % Amarillo: entre 89 % y 20 % Rojo: mayor a 80 %	**El cumplimiento del proceso epidemiológico de muertes perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correcta definición de causa de muerte para la semana epidemiológica 53 del 2025, refleja un 0,8% (n=6) de casos con causa de muerte mal definida por las UPGD.**
3. **Correspondencia entre la notificación obligatoria semanal SIVIGILA y estadísticas vitales** Verde: 100 % Amarillo: entre 80 % y 99 % Rojo: Menor a 80 % o mayor a 100 %	Casos reportados en RUAF a diciembre 2025: 638 (datos aún preliminares) Casos reportados SIVIGILA a semana 53: 677 Concordancia: 94,2% El porcentaje de correspondencia entre casos de RUAF y SIVIGILA es del 94,2%; éste refleja el cumplimiento del proceso de vigilancia epidemiológica de muerte perinatal y neonatal tardía en lo relacionado con la correspondencia de información entre estadísticas vitales y SIVIGILA.

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

La semaforización del proceso de concordancia evidencia un desempeño favorable en la articulación entre SIVIGILA y RUAF para la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía. La correspondencia global del 94,2% entre los casos notificados en SIVIGILA y los registrados en RUAF se ubica dentro del rango esperado, lo que demuestra un funcionamiento adecuado del proceso de notificación y validación entre fuentes, aunque con oportunidad de mejora para lograr una concordancia completa mediante la depuración final de los registros.

Asimismo, el componente de calidad del dato refleja avances importantes, con una baja proporción de casos con causa de muerte mal definida (0,8%) y un número reducido de casos no concordantes, Estos resultados permiten orientar acciones específicas de seguimiento y retroalimentación a las UPGD, fortaleciendo la consistencia de la información y contribuyendo al mejoramiento continuo del sistema de vigilancia epidemiológica en el Distrito Capital.

Discusión

El comportamiento reciente de la MPNT en Bogotá D.C. muestra una reducción del número de casos y de la razón distrital en el quinquenio 2021–2025 (de 913 casos y razón 13,63 en 2021 a 677 casos y razón 12,13 en 2025), lo que sugiere avances en el control del evento, aunque con oscilaciones interanuales y un denominador (nacidos vivos) en descenso. En la discusión técnica distrital se resalta que, pese a una tendencia descendente global en años recientes, existe preocupación por señales tempranas y la necesidad de mantener vigilancia estrecha y gestión del riesgo materno□perinatal, especialmente cuando se observan variaciones al alza en cortes preliminares (14).

Desde la perspectiva de determinantes y severidad, los hallazgos de la Matriz BABIES refuerzan que la carga de muertes se concentra en condiciones asociadas a prematurez extrema y muy bajo peso al nacer, con un riesgo particularmente alto en el grupo <1000 g (tasa MPNT muy superior al resto de grupos), lo que orienta la discusión hacia la necesidad de fortalecer capacidades clínicas y de referencia efectiva para la atención de alto riesgo obstétrico y neonatal (14), además de consolidar acciones preventivas y de continuidad de ruta. Este enfoque es coherente con lo discutido en el acta, donde se enfatiza la asociación de mortalidad fetal y neonatal temprana con extremos de edad materna, comorbilidades y aumento de gestantes clasificadas como alto riesgo, además de la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva en servicios de alta complejidad y garantizar rutas integrales.

Finalmente, en términos de gestión de vigilancia y calidad del dato, la concordancia entre fuentes muestra un desempeño robusto: para semana 53 de 2025 se reporta correspondencia RUAF–SIVIGILA del 94,2% (RUAF 638 vs SIVIGILA 677), con identificación de no concordantes y una proporción baja de causas mal definidas (0,8%; n=6), lo que aporta solidez al análisis y permite focalizar esfuerzos de mejora en depuración y definición de causa básica sin perder la trazabilidad global del evento (14).

Conclusiones

La mortalidad perinatal y neonatal tardía en Bogotá D.C. presenta, en el periodo analizado, un comportamiento que evidencia avances importantes en la reducción del número de casos y en la razón distrital, lo cual refleja el impacto positivo de las acciones implementadas en el marco de la atención materno-perinatal. No obstante, este comportamiento debe interpretarse de manera contextualizada, considerando la disminución sostenida del número de nacidos vivos y las variaciones observadas en cortes preliminares, que generan alertas tempranas y demandan un seguimiento estrecho. El análisis de periodos perinatales de riesgo confirma que el evento continúa concentrándose en recién nacidos con prematurez extrema y muy bajo peso al nacer, lo que señala la persistencia de desafíos estructurales asociados al manejo del alto riesgo obstétrico y neonatal. Asimismo, la distribución territorial muestra una mayor carga en localidades con

alta densidad poblacional, lo que orienta la priorización de intervenciones en estos territorios. Desde el componente de vigilancia, la alta concordancia entre las fuentes de información y la mejora en la definición diagnóstica fortalecen la calidad del análisis epidemiológico y la toma de decisiones. En conjunto, los hallazgos confirman que, aunque se han logrado avances relevantes, la reducción sostenida del evento requiere mantener y profundizar las acciones de vigilancia, gestión del riesgo, fortalecimiento de la capacidad resolutiva y articulación efectiva de las rutas integrales de atención.

Recomendaciones – Mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT)

- Fortalecer de manera sostenida la gestión del riesgo materno-perinatal, priorizando la identificación temprana y el seguimiento integral de gestantes con alto riesgo obstétrico, con énfasis en aquellas con comorbilidades, edad materna en extremos reproductivos o antecedentes adversos, garantizando su referencia oportuna a servicios con capacidad resolutiva, por los actores del sistema de salud en cabeza de la SDS.

- Consolidar la capacidad resolutiva de la red de servicios de salud, especialmente en los niveles de mayor complejidad obstétrica y neonatal, para la atención de prematuros extremos y recién nacidos con muy bajo peso al nacer, fortaleciendo los procesos de referencia, contrarreferencia y continuidad del cuidado, por parte de las IPS para su talento humano.

- Mantener y profundizar el monitoreo epidemiológico del evento, a través del uso sistemático de la información proveniente de SIVIGILA y RUAF, la Matriz BABIES y espacios periódicos de análisis (sala situacional), orientados a la toma de decisiones oportunas y a la mejora continua de la calidad del dato, por la SDS.

4. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS DEFECTOS CONGENITOS

Los defectos congénitos corresponden a alteraciones del desarrollo que afectan la estructura, función o metabolismo de los órganos y sistemas, originadas durante la gestación y que pueden manifestarse al nacimiento o en etapas posteriores de la vida. Estas anomalías pueden estar asociadas a factores genéticos, cromosómicos, ambientales o nutricionales, y constituyen un evento de interés en salud pública por su impacto en la mortalidad infantil, la discapacidad y la carga de enfermedad a nivel mundial (11).

En este contexto, el análisis epidemiológico del evento 215 – Defectos congénitos resulta fundamental para caracterizar su comportamiento, identificar factores asociados y orientar acciones de prevención y atención integral, de acuerdo con los lineamientos establecidos para la vigilancia de la salud pública en Colombia(12). El presente apartado describe el comportamiento de la notificación de los defectos congénitos en la ciudad de Bogotá D.C.,

mediante un análisis comparativo de los años 2021 y 2025, como insumo para la toma de decisiones y el fortalecimiento del componente materno-perinatal a nivel distrital.

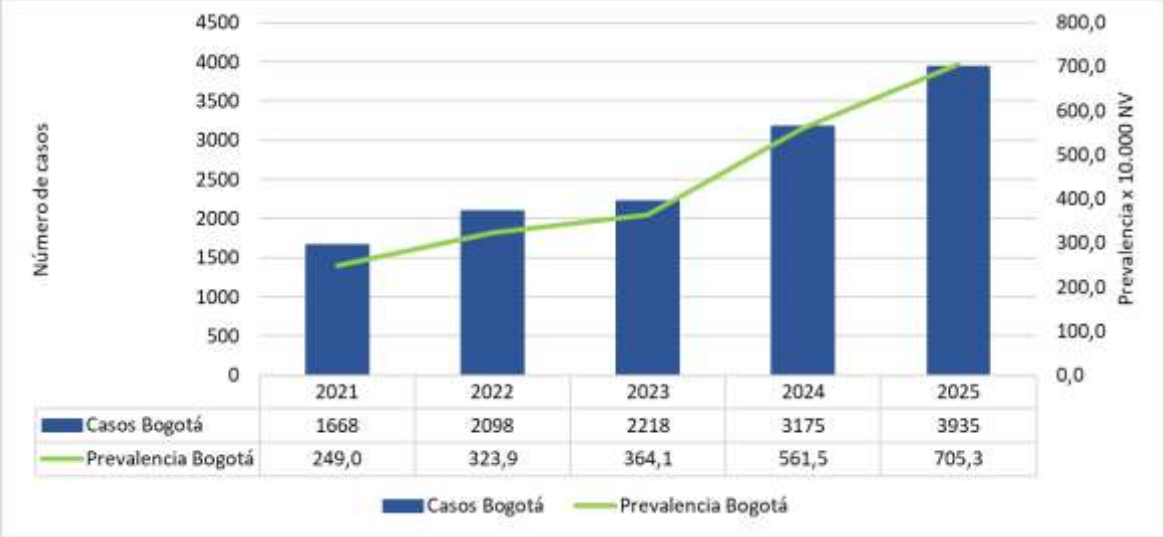
En la región de América Latina y el Caribe, los defectos congénitos se han consolidado como una de las principales causas de mortalidad neonatal y discapacidad infantil, especialmente en un contexto de reducción progresiva de otras causas prevenibles de muerte en la infancia. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, más de la mitad de las muertes en menores de cinco años en la región ocurren durante el primer mes de vida, siendo los defectos congénitos, junto con la prematuridad, la sepsis y la asfixia, causas predominantes de estos desenlaces (3). En Colombia, el comportamiento del evento es concordante con la situación regional, observándose que los defectos congénitos representan una proporción relevante de la mortalidad infantil y neonatal, lo que ha motivado su priorización como evento sujeto a vigilancia en salud pública y el fortalecimiento de estrategias orientadas a la detección temprana, la atención integral y la reducción de la morbimortalidad asociada (12).

Prevalencia de los defectos congénitos

Con corte a la semana epidemiológica 53 del año 2025, en la ciudad de Bogotá D.C. se evidencia un aumento progresivo de los defectos congénitos, coherente con el comportamiento observado en años recientes. Este evento se ha consolidado como un componente relevante dentro del perfil de morbimortalidad infantil, en un contexto de disminución sostenida de otras causas históricamente predominantes. El incremento observado refuerza la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y las acciones orientadas al control de los factores asociados a los defectos congénitos.

Figura 9.

Prevalencia de los defectos congénitos en Bogotá D.C comparado años 2021 a 2025



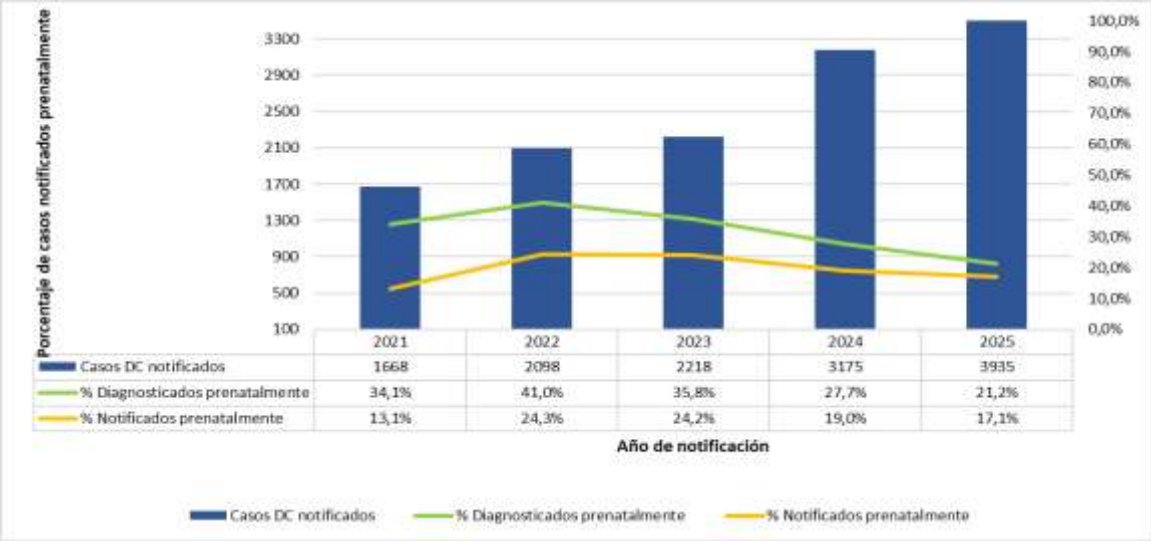
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Evento 215: defectos congénitos, 2021–2025. Fuente 2021 - 2024 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de

El seguimiento a la tendencia de la prevalencia de los defectos congénitos en Bogotá D.C. evidencia un incremento sostenido durante el periodo 2021–2025, lo que confirma la consolidación de este evento como una prioridad en la vigilancia en salud pública. En 2021, la prevalencia fue de 249 casos por 10.000 nacidos vivos, aumentando progresivamente a 324 en 2022, 364 en 2023 y 562 en 2024, hasta alcanzar 705 casos por 10.000 nacidos vivos en 2025. Este comportamiento ascendente se presenta de manera continua a lo largo de todo el periodo analizado y ocurre en paralelo a una reducción del número de nacimientos, lo que sugiere una mayor carga relativa del evento y un fortalecimiento de los procesos de detección y notificación. La tendencia observada entre 2021 y 2025 resalta la necesidad de mantener y profundizar las acciones de vigilancia, prevención y atención integral de los defectos congénitos dentro del componente materno-perinatal.

En conjunto, el seguimiento a la tendencia de los defectos congénitos durante el periodo 2021–2025 evidencia un incremento continuo y sostenido de la prevalencia en Bogotá D.C., acompañado de una disminución progresiva del número de nacidos vivos. Este comportamiento confirma la consolidación del evento como una prioridad para la vigilancia en salud pública y resalta la necesidad de mantener y fortalecer las acciones de detección oportuna, seguimiento epidemiológico y atención integral en el componente materno-perinatal. La información generada constituye un insumo clave para orientar la toma de decisiones y focalizar estrategias de prevención que contribuyan a reducir la carga de los defectos congénitos en la población infantil.

Figura 10.

Diagnóstico y notificación prenatal de defectos congénitos. Bogotá D.C., 2021–2025

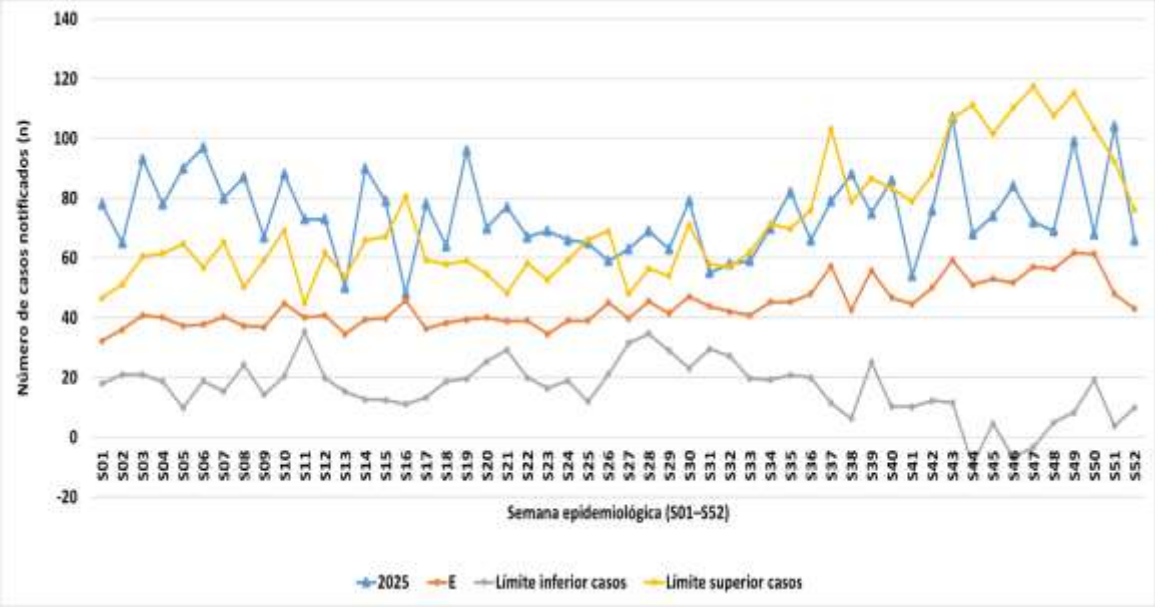


Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Evento 215: defectos congénitos, 2021–2025. Fuente 2021 - 2024 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de

El análisis del diagnóstico prenatal de los defectos congénitos en Bogotá D.C. durante el periodo 2021–2025 evidencia un comportamiento variable con una tendencia general al descenso en los años más recientes. En 2021, el 34,1% de los casos notificados contaban con diagnóstico prenatal, proporción que aumentó en 2022 hasta 41,0%, alcanzando el valor más alto del periodo. Posteriormente, este indicador presentó una disminución progresiva, situándose en 35,8% en 2023, 27,7% en 2024 y 21,2% en 2025, lo que sugiere una menor identificación de defectos congénitos durante el periodo gestacional en los últimos años evaluados.

En cuanto a la notificación prenatal, el comportamiento muestra un incremento entre 2021 (13,1%) y 2023 (24,2%), seguido de una reducción en 2024 (19,0%) y 2025 (17,1%). Aunque se observa una mayor proporción de casos notificados prenatalmente en comparación con los primeros años del periodo, la disminución reciente, en un contexto de aumento sostenido de la prevalencia total de defectos congénitos, resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de captación temprana, tamizaje prenatal y oportunidad diagnóstica durante el control prenatal. Este comportamiento refuerza la importancia de consolidar acciones orientadas a mejorar la detección oportuna y la notificación prenatal como componentes clave para la atención integral materno-perinatal.

Figura 11.
Canal Endémico – Defectos Congénitos (215) a semana epidemiológica 53 Bogotá D.C. Años 2021-2025



Base SIVIGILA evento 215 2021 - 2025

El análisis del canal endémico para los defectos congénitos durante el periodo 2021–2025 evidencia un incremento progresivo y sostenido del número de casos notificados a lo largo del año, con valores que superan el comportamiento esperado observado en los primeros años del quinquenio. En 2021 y 2022, el evento se mantiene de manera general dentro del canal esperado, con variaciones estacionales moderadas. Sin embargo, a partir de 2023 se observa un aumento más marcado del número de casos, lo que sugiere un cambio en el patrón histórico del evento y una mayor carga acumulada a lo largo de las semanas epidemiológicas.

Durante 2024, el canal endémico muestra un desplazamiento significativo de los valores semanales por encima de la media histórica, con múltiples semanas ubicadas en la zona de alerta e incluso por encima del límite superior del canal. Este comportamiento se intensifica en 2025, donde se registran cifras semanales consistentemente superiores a las observadas en años previos, reflejando un incremento sostenido que no se limita a picos aislados. La persistencia de este patrón durante semanas consecutivas sugiere que el aumento del evento no obedece a una variación estacional puntual, sino a una tendencia estructural del comportamiento de los defectos congénitos.

En conjunto, el comportamiento del canal endémico durante el quinquenio 2021–2025 confirma un escenario de crecimiento sostenido del evento, con especial énfasis en los últimos dos años del periodo analizado. Este hallazgo respalda la necesidad de mantener un monitoreo permanente del evento y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, diagnóstico oportuno y análisis integrado de la información. La evolución observada en el canal endémico constituye un insumo clave para anticipar comportamientos futuros del evento y orientar la planificación de intervenciones en el componente materno-perinatal a nivel distrital.

Comportamiento de la notificación por localidad de residencia:

Tabla 18.
Prevalencia de los Defectos Congénitos por localidad de residencia, años 2021 -2025, Bogotá D.C.

Localidad	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia
1-Usaquén	87	209,8	149	355,3	136	342,1	173	450,3	273	729,6
2-Chapinero	66	523,4	94	224,1	53	133,3	62	161,4	59	522,6
3-Santafé	39	313,5	67	159,8	57	143,4	84	218,6	74	864,5
4-San Cristóbal	82	228,5	116	276,6	125	314,4	191	497,1	219	811,4
5-Usme	91	238,8	143	341,0	125	314,4	207	538,8	219	759,9
6-Tunjuelito	47	272,1	54	128,8	65	163,5	74	192,6	74	572,8
7-Bosa	140	197,8	169	403,0	200	503,0	295	767,8	331	589,8
8-Kennedy	225	244,9	258	615,2	282	709,3	444	1155,6	525	669,1
9-Fontibón	52	193,0	70	166,9	92	231,4	145	377,4	175	655,4
10-Engativá	135	240,3	150	357,7	182	457,7	264	687,1	401	779,1
11-Suba	195	204,3	241	574,6	274	689,1	402	1046,3	590	712,8
12-Barrios Unidos	22	226,3	22	52,5	27	67,9	41	106,7	59	662,2
13-Teusiquillo	46	561,7	54	128,8	45	113,2	37	96,3	63	875,0
14-Mártires	26	250,2	34	81,1	43	108,1	62	161,4	65	797,5
15-Antonio Nariño	24	303,0	25	59,6	24	60,4	50	130,1	49	711,2
16-Puente Aranda	41	215,1	60	143,1	55	138,3	75	195,2	112	700,4
17-Calendaria	13	726,3	9	21,5	17	42,8	14	36,4	14	1085,3
18-Rafael Uribe	97	267,9	94	224,1	132	332,0	186	484,1	206	717,5
19-Ciudad Bolivar	221	290,0	269	641,4	260	653,9	346	900,6	401	683,7
20-Sumapaz	1	285,7	0	0,0	0	0,0	2	5,2	4	1333,3
Sin dato de localidad	18	1764,7	20	47,7	24	60,4	21	54,7	22	6875,0
Total general	**1668**	**249,0**	**2098**	**323,9**	**2218**	**364,1**	**3175**	**561,5**	**3935**	**705,3**

Fuente: Base SIVIGILA evento 215 2021 - 2025

El análisis por localidad durante el quinquenio 2021–2025 muestra un incremento progresivo de la prevalencia de defectos congénitos en la mayoría de los territorios del Distrito Capital, con una intensificación del comportamiento en los años más recientes del periodo. Desde 2021 se observa una tendencia ascendente que se consolida hacia 2024 y 2025, en concordancia con el aumento de la prevalencia distrital. Este patrón confirma que el incremento del evento no es homogéneo, sino que presenta variaciones territoriales relevantes que requieren un análisis diferenciado.

Las localidades con mayor tamaño poblacional y mayor número de nacidos vivos, como Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal y Usaquén, concentran de manera sostenida la mayor carga de casos a lo largo del quinquenio y presentan prevalencias elevadas, especialmente a partir de 2023. Estas localidades mantienen un comportamiento creciente durante todo el periodo 2021–2025, lo que las posiciona como territorios prioritarios para el fortalecimiento continuo de las estrategias de vigilancia, prevención y atención materno-perinatal, dada su alta contribución al total distrital.

Por su parte, en localidades con menor número de nacidos vivos, como Teusaquillo, Santa Fe, Mártires, Barrios Unidos, La Candelaria, Antonio Nariño y Sumapaz, se observan prevalencias muy elevadas en algunos años del quinquenio, resultado de variaciones

pequeñas en el numerador frente a denominadores reducidos. En estos territorios, la interpretación de la prevalencia debe realizarse con cautela; sin embargo, el comportamiento sostenido del indicador durante el periodo 2021–2025 resalta la importancia de mantener una vigilancia activa y complementaria, integrando el análisis de tasas y casos absolutos para orientar adecuadamente la toma de decisiones en salud pública.

Tabla 19.

Caracterización de los casos de defectos congénitos en Bogotá D.C, años 2021 – 2025

Sexo	2021		2022		2023		2024		2025*	
	Casos	prevalencia	Casos	prevalencia	Casos	prevalencia	Casos	prevalencia	Casos	prevalencia
Masculino	808	236,8	919	277,7	942	300,2	1292	443,5	1593	560,2
Femenino	744	226,4	797	251,7	848	287,1	1434	523,3	1904	696,1
Indeterminado	116	232000,0	382	1273333,3	428	1426666,7	449	2245000,0	438	1095000,0
Régimen afiliación	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**
Contributivo	1027	220,5	1333	292,7	1462	349,7	2144	549,3	2885	738,5
Subsidiado	389	343,5	539	413,5	561	371,5	869	616,5	827	618,8
Excepción	83	606,7	52	424,1	41	395,8	37	414,3	50	480,8
No asegurado	94	122,0	86	173,7	59	199,9	86	345,8	173	756,4
Nacionalidad	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**
Colombiana	1443	254,7	1832	326,2	1991	372,1	2870	570,2	3905	777,6
Migrante	225	218,3	265	308,2	227	306,7	305	491,5	30	53,9
Edad de la madre	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**
10 a 14	7	454,5	7	503,6	13	866,7	6	348,8	12	839,2
15 a 19	175	270,3	176	307,9	171	333,2	231	530,7	247	597,9
20 a 24	383	231,0	463	315,7	423	308,7	712	566,8	816	682,2
25 a 29	396	215,5	551	299,4	614	356,7	827	514,1	1105	700,7
30 a 34	329	227,0	421	285,9	487	339,6	731	537,1	984	711,4
35 >	378	346,6	480	431,7	510	491,7	668	684,5	771	774,3
Pertenencia étnica	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**	**Casos**	**prevalencia**
Indígena	5	400,0	3	234,4	8	484,8	15	867,1	7	522,4
Rom, Gitano	1	5000,0	1	5000,0	10	25000,0	8	#¡DIV/0!	0	0,0
Raizal	0	0,0	5	10000,0	9	90000,0	1	2000,0	0	0,0
Palenquero	1	3333,3	1	#¡DIV/0!	0	#¡DIV/0!	4	#¡DIV/0!	0	0,0
Negro, mulato afrocolombiano	1	49,8	2	83,3	15	541,5	4	163,9	3	138,2

Fuente: Base SIVIGILA evento 215: 2021 - 2025

El análisis de caracterización de los defectos evidencia un incremento progresivo y sostenido de la prevalencia en todos los grupos analizados, lo que confirma una tendencia ascendente del evento a lo largo del periodo. Este comportamiento se observa de manera consistente tanto por características demográficas como por variables del sistema de salud, y refleja una mayor carga relativa de los defectos congénitos en la población infantil, en un contexto marcado por la disminución del número de nacidos vivos. La tendencia registrada durante el quinquenio puede estar asociada a múltiples factores, entre ellos el fortalecimiento de los procesos de vigilancia, el acceso a métodos diagnósticos más sensibles, una mayor oportunidad en la notificación del evento y posibles características maternas que elevan el riesgo.

En cuanto a la distribución por sexo, la prevalencia muestra un aumento continuo entre 2021 y 2025 en ambos grupos, con un comportamiento similar a lo largo del periodo y valores ligeramente superiores en el sexo femenino durante los años más recientes. Según el régimen de afiliación, se observa un incremento progresivo de la prevalencia en todos los regímenes, concentrándose la mayor carga en los regímenes contributivo y subsidiado, lo cual guarda relación con la distribución de los nacimientos en el Distrito Capital. No obstante, hacia el final del quinquenio se identifica un aumento relevante en la población no asegurada, lo que resalta la persistencia de brechas en el acceso y continuidad de la atención prenatal y la necesidad de reforzar acciones dirigidas a poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad.

Respecto a la nacionalidad, durante el periodo 2021–2025 la prevalencia de defectos congénitos se mantiene más elevada en la población colombiana, con una tendencia ascendente acorde con el comportamiento distrital. En la población migrante se evidencian fluctuaciones importantes del indicador a lo largo del quinquenio, atribuibles en parte a cambios en el denominador y a variaciones en la oportunidad de notificación, lo que obliga a una interpretación prudente de la prevalencia en este grupo. Al analizar la edad materna, se identifica que los valores más altos se concentran de forma persistente en los extremos del ciclo vital, particularmente en madres adolescentes y en mujeres de 35 años y más, grupos reconocidos como de mayor riesgo obstétrico, mientras que los grupos entre 20 y 34 años concentran la mayoría de los nacimientos con prevalencias moderadas, pero en aumento sostenido.

En relación con la pertenencia étnica, aunque la mayor carga del evento se concentra en la población que no se reconoce dentro de un grupo étnico específico, se observan prevalencias elevadas en algunos grupos étnicos a lo largo del quinquenio. Sin embargo, estos valores deben interpretarse con cautela debido al bajo número de nacidos vivos en varios de estos grupos, lo que genera variaciones importantes del indicador y amplifica los valores de prevalencia en determinados años.

En conjunto, la caracterización de los defectos congénitos durante el periodo 2021–2025 confirma una tendencia creciente y sostenida del evento en todos los grupos analizados, con diferencias persistentes asociadas a determinantes demográficos y del sistema de salud. Estos hallazgos consolidan a los defectos congénitos como un evento prioritario para la vigilancia en salud pública y aportan elementos clave para orientar la focalización de estrategias preventivas, el fortalecimiento del control prenatal con enfoque de riesgo y la mejora en la detección oportuna, contribuyendo al fortalecimiento integral del componente materno-perinatal en el Distrito Capital.

Tabla 20.

Prevalencia de los grupos de defectos congénitos priorizados por el INS en Bogotá D.C. 2021 – 2025

Grupos de defectos congénitos	2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia	Casos	Prevalencia
Sistema circulatorio (Q20–Q28)	537	80,2	719	111,0	870	142,8	1319	233,3	1396	250,2
Sistema musculoesquelético (Q65–Q79)	334	49,9	440	67,9	367	60,3	853	150,9	1383	247,9
Sistema nervioso (Q00–Q07)	165	24,6	242	37,4	273	44,8	250	44,2	247	44,3
Sistema urinario (Q60–Q64)	157	23,4	232	35,8	205	33,7	239	42,3	254	45,5
Anomalías cromosómicas (Q90–Q99)	116	17,3	135	20,8	129	21,2	131	23,2	164	29,4
Labio y paladar hendido (Q35–Q37)	95	14,2	93	14,4	80	13,1	85	15,0	94	16,8
Ojo, oído, cara y cuello (Q10–Q18)	73	10,9	49	7,6	52	8,5	66	11,7	75	13,4
Sistema digestivo (Q38–Q45)	56	8,4	49	7,6	71	11,7	54	9,6	85	15,2
Sistema respiratorio (Q30–Q34)	19	2,8	35	5,4	21	3,4	29	5,1	25	4,5
Sistema genitourinario (Q50–Q56)	31	4,6	35	5,4	41	6,7	28	5,0	52	9,3
Otras malformaciones (Q80–Q89)	35	5,2	31	4,8	41	6,7	53	9,4	61	10,9
no especificados (Q89, Q87, Q99)	50	7,5	38	4,8	68	11,2	68	12,0	99	17,7
Total	**1668**	**249,0**	**2098**	**323,9**	**2218**	**364,1**	**3175**	**561,5**	**3935**	**705,3**

Fuente: Base SIVIGILA evento 215: 2021 - 2025

El análisis de las causas de los defectos congénitos durante el periodo 2021–2025 muestra que las malformaciones del sistema circulatorio constituyen de manera consistente el principal grupo etiológico a lo largo del quinquenio. Este grupo presenta un incremento sostenido tanto en el número de casos como en la prevalencia, pasando de valores cercanos a 80 por 10.000 nacidos vivos en 2021 a más de 250 por 10.000 nacidos vivos en 2025, consolidándose como la causa predominante del evento. Este comportamiento refleja el peso epidemiológico de las cardiopatías congénitas dentro de la carga total de defectos congénitos y resalta la relevancia del fortalecimiento del diagnóstico prenatal y del acceso oportuno a la atención especializada.

En segundo lugar, los defectos del sistema musculoesquelético y del sistema nervioso muestran también una participación importante durante todo el periodo analizado, con un aumento marcado a partir de 2023 y un crecimiento significativo en 2024 y 2025. Las malformaciones musculoesqueléticas presentan uno de los incrementos más notorios del quinquenio, alcanzando en 2025 una prevalencia cercana a la observada en el sistema circulatorio. Por su parte, los defectos del sistema nervioso mantienen una prevalencia más estable, pero con una tendencia ascendente sostenida, lo que evidencia su persistencia como causa relevante de defectos congénitos y su impacto potencial en la morbilidad infantil.

Otros grupos de defectos, como los del sistema urinario, anomalías cromosómicas, labio y paladar hendido, así como los defectos del sistema digestivo y genitourinario, presentan prevalencias menores en comparación con los grupos anteriores, aunque con incrementos progresivos a lo largo del quinquenio. Llama la atención el aumento de los casos no especificados en los años más recientes, lo que puede estar relacionado con limitaciones diagnósticas o con procesos de clasificación incompleta, y resalta la necesidad de fortalecer la calidad del registro y la precisión en la codificación diagnóstica. En conjunto, la distribución de las causas durante el periodo 2021–2025 confirma un aumento generalizado de los distintos grupos de defectos congénitos y aporta elementos clave para priorizar acciones de vigilancia, prevención y atención integral en el componente materno-perinatal.

Tabla 21.

Prevalencia de hipotiroidismo congénito en menores de un año- Bogotá D.C. 2021 – 2025

Año	casos hipotiroidismo	prevalencia
2021	23	3,43
2022	16	2,47
2023	32	5,25
2024	36	6,37
2025	30	5,38

Fuente: Base SIVIGILA evento 215 2021 - 2025

El análisis del hipotiroidismo congénito en Bogotá D.C. evidencia que, aunque se trata de un evento de baja frecuencia en comparación con otros defectos congénitos, su detección oportuna resulta fundamental debido a las graves consecuencias que puede generar en el desarrollo neurológico y físico del recién nacido si no es tratado tempranamente. De acuerdo con la base analizada, entre 2021 y 2025 se observa una variación en el número de casos y en la prevalencia, con valores que oscilan entre 2,4 y 6,4 casos por 10.000 nacidos vivos, alcanzando el valor más alto en 2024. En 2025, la prevalencia se mantiene elevada en relación con los primeros años del periodo, lo que refleja la permanencia del evento en la vigilancia en salud pública. La identificación de estos casos mediante el tamizaje neonatal y el inicio temprano del tratamiento continúan siendo estrategias clave para prevenir discapacidad intelectual y otras secuelas evitables, resaltando la necesidad de fortalecer la cobertura, la oportunidad diagnóstica y el seguimiento clínico de los niños y niñas afectados.

Tabla 22.

Proporción de ajuste de hipotiroidismo congénito en menores de un año- Bogotá D.C. 2021 – 2025

Año	Casos hipotiroidismo sin ajuste	Proporción de casos sin ajuste
2021	0	0%
2022	3	18,75
2023	1	3,125
2024	1	2,777777778
2025	1	3,333333333

Fuente: Base SIVIGILA evento 215: 2021 – 2025

El análisis de los casos de hipotiroidismo congénito sin ajuste durante el periodo 2021–2025 evidencia que el número de registros iniciales es bajo y se mantiene reducido a lo largo del quinquenio, con ausencia de casos en 2021 y valores entre uno y tres casos anuales en los años posteriores. Este comportamiento contrasta con el número de casos consolidados tras el proceso de ajuste, lo que pone de manifiesto la importancia de las actividades de validación, confirmación diagnóstica y depuración de la información dentro del sistema de vigilancia. La diferencia observada entre los casos sin ajuste y los casos finales notificados resalta el papel fundamental del seguimiento clínico, la confirmación mediante pruebas diagnósticas y la actualización oportuna de los registros, garantizando así una estimación más precisa de la prevalencia del hipotiroidismo congénito y fortaleciendo la toma de decisiones en salud pública orientadas a la detección y tratamiento oportuno de este evento.

Resultado de la depuración de bases:

Como resultado del proceso de depuración de la base del evento 215 – Defectos congénitos, se desarrolló un ejercicio sistemático de revisión y validación de la información notificada, que permitió identificar y corregir inconsistencias, consolidando una base de datos depurada y con mayor confiabilidad para el análisis epidemiológico. Este proceso reafirma el compromiso con el fortalecimiento de la calidad del dato y permite disponer de información más precisa sobre los casos notificados, incluyendo la adecuada identificación de los correspondientes a residentes en Bogotá D.C., lo cual representa un insumo clave para la planeación y toma de decisiones en salud pública.

Durante 2025 se evidencian avances significativos en la mejora de la calidad de la notificación, gracias a la implementación de procesos continuos de retroalimentación y acompañamiento técnico a las Subredes Integradas de Servicios de Salud y sus UPGD. Estas acciones han estado orientadas a reforzar la correcta aplicación del protocolo de vigilancia, la coherencia entre el diagnóstico clínico y la codificación CIE-10, y la notificación de defectos congénitos mayores priorizados. El seguimiento permanente, que incluye la solicitud y revisión de soportes de historia clínica, ha contribuido a fortalecer la capacidad de confirmación y depuración de los casos, promoviendo una notificación más oportuna, completa y alineada con los lineamientos del Instituto Nacional de Sal**ud.**

Discusión

Defectos congénitos (Evento 215)

En defectos congénitos, el análisis del quinquenio evidencia un incremento sostenido de la prevalencia en Bogotá D.C., pasando de 249 por 10.000 NV en 2021 a 705 por 10.000 NV en 2025, con aumento paralelo del número de casos (1668 a 3935) y reducción del denominador (NV), lo cual incrementa la carga relativa del evento. En la discusión técnica distrital se reconoce un “comportamiento inusual” con aumento por encima de lo históricamente esperado, y se plantea que este patrón puede explicarse por una combinación de mejor captación/diagnóstico y cambios reales del perfil reproductivo (mayor edad materna y comorbilidades), lo que obliga a sostener análisis rigurosos y acciones integrales (15).

La tabla de diagnóstico/notificación prenatal muestra, además, un reto programático: aunque aumentan los casos y la prevalencia global, la proporción diagnosticada prenatalmente disminuye desde su pico en 2022 (≈41%) hasta 2025 (≈21%), y la notificación prenatal también desciende desde valores cercanos a 24% (2022–2023) hacia 17% en 2025. Esto coincide con los hallazgos del acta, donde se señala preocupación por la calidad tecnológica y técnica de las ecografías obstétricas (equipos obsoletos o baja resolución y brechas de entrenamiento), lo cual podría afectar la sensibilidad diagnóstica y

traducirse en diagnósticos tardíos al nacimiento, limitando la planificación perinatal y la referencia oportuna (15)

Los defectos del sistema circulatorio se mantienen como el principal grupo por casos y prevalencia, aumentando de forma marcada a lo largo del quinquenio, seguidos por musculoesqueléticos, urinarios y otros grupos que también crecen. En este marco, Bogotá ha venido estructurando una respuesta específica a cardiopatías congénitas mediante la Estrategia Corazón Bogotá, concebida para resolver barreras de acceso, fragmentación y complejidades de atención: fortalecer la RIAS desde el diagnóstico prenatal, confirmación y referencia a alta complejidad, hasta manejo quirúrgico, seguimiento postoperatorio y control especializado a largo plazo; además de optimizar referencia/contrarreferencia, monitorear desenlaces y reducir morbimortalidad, con roles claros (perinatología, junta interdisciplinaria, IPS de parto y aseguradoras). Esta estrategia se alinea directamente con la principal carga etiológica evidenciada en la tabla de causas del evento 215 (15).

Conclusiones

Conclusión – Defectos congénitos (Evento 215)

El análisis del evento de defectos congénitos en Bogotá D.C. durante el quinquenio evidencia un incremento progresivo y sostenido de la prevalencia, consolidándolo como una prioridad en la vigilancia en salud pública y en la gestión del riesgo materno-perinatal. Este comportamiento responde a un fenómeno complejo, en el que confluyen factores como la mejora en la captación y notificación de los casos, así como cambios relevantes en el perfil reproductivo de la población, caracterizado por el aumento de la edad materna y la mayor frecuencia de comorbilidades durante la gestación. A pesar del aumento global del evento, persiste un desafío importante en la detección prenatal oportuna, lo que limita la planificación perinatal y la referencia temprana a servicios especializados. La caracterización territorial muestra una concentración de casos en localidades con mayor volumen poblacional, junto con prevalencias elevadas en territorios con denominadores pequeños, situación que exige análisis integrados entre tasas y números absolutos. La distribución por causas confirma el predominio de los defectos del sistema circulatorio, lo que ha motivado la construcción de respuestas específicas como la Estrategia Corazón Bogotá, orientada a enfrentar las barreras de acceso y fragmentación de la atención. En conjunto, los resultados resaltan la necesidad de sostener un abordaje integral que articule vigilancia epidemiológica, fortalecimiento del diagnóstico prenatal, continuidad de la atención y acompañamiento a las familias, como pilares para reducir la carga de los defectos congénitos en el Distrito Capital.

Recomendaciones – Defectos congénitos (Evento 215)

- Fortalecer la detección prenatal oportuna de los defectos congénitos, mediante el mejoramiento de los estándares tecnológicos y técnicos de la ecografía obstétrica, la capacitación continua del talento humano y el seguimiento a la calidad de los procesos de tamizaje prenatal, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y a su talento humano.

- Implementar de manera progresiva y articulada la Estrategia Corazón Bogotá como respuesta prioritaria frente a los defectos del sistema circulatorio, garantizando la continuidad de la Ruta Integral de Atención en Salud desde el diagnóstico prenatal hasta el seguimiento especializado, y reduciendo barreras de acceso y fragmentación en la atención, en articulación con la Secretaría Distrital de Salud, Subredes Integradas de Servicios de Salud, EAPB e IPS

- Consolidar el mejoramiento de la vigilancia epidemiológica del evento, fortaleciendo la calidad de la notificación, la correcta clasificación diagnóstica y la articulación entre los actores del sistema de salud, incluyendo el acompañamiento a las familias y el enfoque diferencial como ejes centrales de la respuesta distrital, liderado por la Secretaría Distrital de Salud

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs. Trends in maternal mortality 2000–2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462
2. United Nations Population Fund (UNFPA). Trends in maternal mortality 2000–2023. New York: UNFPA; 2025. Disponible en: https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023
3. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Mortalidad materna, Colombia, 2024. Bogotá D.C.: INS; 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf
4. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, 2024. Bogotá D.C.: INS; 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20PERINATAL%20Y%20NEONATAL%20TARDIA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf
5. World Bank. Infant mortality rate (per 1,000 live births): Colombia. Washington D.C.: World Bank; 2024. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CO

6. Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos generales para la vigilancia en salud pública. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2024.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la mortalidad materna en Colombia, 2023–2024. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.
8. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento: Morbilidad materna extrema, Colombia, 2023–2024. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2025.
9. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach. Geneva: World Health Organization; 2011.
10. Filippi V, Chou D, Barreix M, Say L. A new conceptual framework for maternal morbidity. Int J Gynaecol Obstet. 2018;141(Suppl 1):4–9.
11. World Health Organization. Trastornos congénitos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 16 Abr 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects [who.int]
12. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de defectos congénitos. Versión 7 [Internet]. Bogotá D.C.: INS; 2024 [citado 16 Abr 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.33610/BAQX9645
13. Organización Panamericana de la Salud. La OPS fortalece la vigilancia de defectos congénitos con repositorio interactivo regional [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 16 Abr 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/25-6-2025-ops-fortalece-vigilancia-defectos-congenitos-con-repositorio-interactivo
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia, 2023–2024. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de los defectos congénitos en Colombia, 2023–2024. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.